

49
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1918

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Antoine-E. ELMÚDESI

DE L'ÉCARTEMENT

DES

INCISIVES MÉDIANES SUPÉRIEURES

DYSTROPHIE HÉRÉDO-SYPHILITIQUE

Président : M. ERN. GAUCHER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

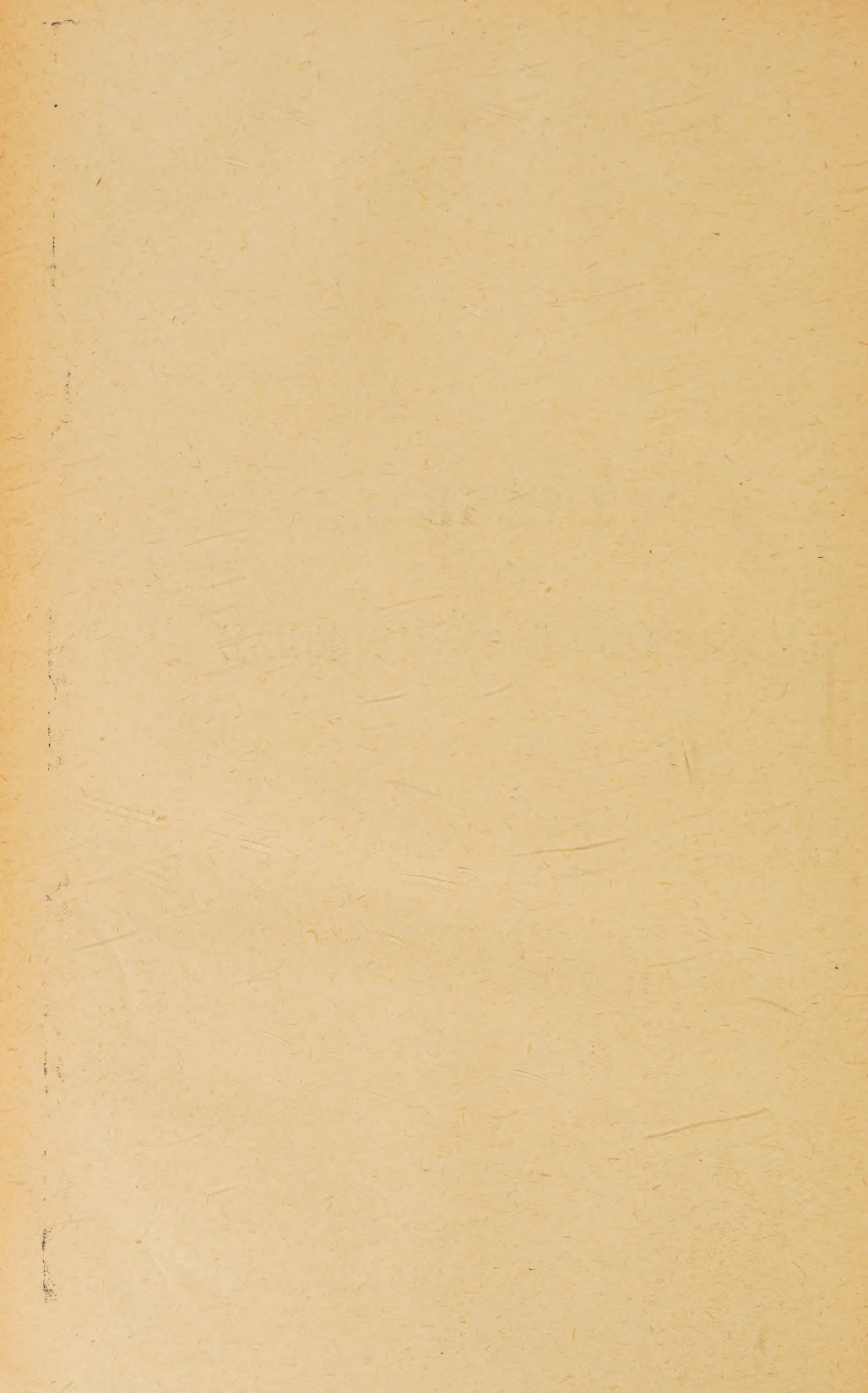
JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1918

49

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1918

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Antoine-E. ELMÚDESI

DE L'ÉCARTEMENT

DES

INCISIVES MÉDIANES SUPÉRIEURES

DYSTROPHIE HÉRÉDO-SYPHILITIQUE



Président : M. ERN. GAUCHER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1918

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN: M. ROGER

ASSESEUR: G. POUCHET

PROFESSEURS

Anatomie	MM. NICOLAS
Anatomie topographique	AUGUSTE BROCA
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale	TEISSIER
Anatomie pathologique	LEJARS
Histologie	LETULLE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	N.
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	N.
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE
Maladies des enfants	WIDAL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	CHAUFFARD
Clinique des maladies du système nerveux	HUTINEL
Clinique chirurgicale	N.
Clinique ophtalmologique	GAUCHER
Clinique des maladies des voies urinaires	PIERRE MARIE
Clinique d'accouchements	DELBET
Clinique gynécologique	QUENU
Clinique chirurgicale infantile	N.
Clinique thérapeutique	HARTMANN
Hygiène et Clinique de la première enfance	DE LAPERSONNE
	LEGUEU
	BAR
	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
	POZZI
	KIRMISSON
	ALBERT ROBIN
	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERRER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Témoignage de ma profonde affection
et de ma grande reconnaissance.*

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. GAUCHER

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Médecin de l'hôpital Saint-Louis
Médecin Chef de l'hôpital militaire Villemin
Officier de la Légion d'honneur

*Nous lui devons l'idée de ce travail
et l'honneur d'avoir bien voulu
présider notre thèse.*

A TOUS MES MAITRES

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

En Médecine :

MONSIEUR LE DOCTEUR DALCHÉ

Médecin de l'Hôtel-Dieu

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Professeur de Clinique médicale infantile
Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades

MONSIEUR LE DOCTEUR THIBIERGE

Médecin de l'hôpital Saint-Louis

En Obstétrique :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

Professeur de Clinique obstétricale
Accoucheur de la Clinique Tarnier

En Chirurgie :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BELDET

Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien de l'hôpital Necker

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WALTHER

Chirurgien de la Pitié

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RICARD

Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine

MONSIEUR LE DOCTEUR G. LABEY

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUCHET

De l'Ecole de Médecine d'Amiens

Chirurgien à l'hôpital Marie-Lannelongue

(fonctions d'interne, 1915-1916)

AU DOCTEUR COTTONEC

Aide-major de 1^{re} classe, aux Armées

*Témoignage d'amitié et de
sympathie.*

MEIS ET AMICIS

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études universitaires, nous avons à cœur de dire l'excellent accueil que nous avons reçu sur la terre française et les sentiments de reconnaissance que nous éprouvons à l'égard des maîtres qui ont fait notre éducation médico-chirurgicale.

C'est vraiment surprenant de voir la France engagée dans une guerre atroce contre un ennemi perfide et barbare, continuer l'enseignement scientifique dans les Universités et instruire quand même les étudiants venus de toutes les contrées.

Notre gratitude est grande à l'égard de M. Walther. Nous garderons le souvenir de sa bonté accueillante, des matinées opératoires de la Pitié, de ses causeries chirurgicales ; nous étions heureux de tirer profit de son sens clinique averti et de sa longue expérience. Qu'il veuille bien croire aux sentiments respectueux et reconnaissants de son ancien externe.

M. Pauchet nous honora de sa confiance, nous prit comme assistant pendant un an. Il nous a initié à une méthode nouvelle d'anesthésie chirurgicale : l'anesthésie régionale. Il contribua à entretenir en

nous le goût de la chirurgie, nous nous plaisions à voir son activité et sa sûreté opératoire.

Enfin, nous adressons nos remerciements à M. Labey, il vient, à son retour du front, d'accepter notre modeste collaboration à l'hôpital Saint-Antoine, où il supplée le professeur Ricard, un maître de la Chirurgie. Il est heureux pour nous, pendant la dernière année que nous passerons en France, d'être à son école. Nous y trouvons les qualités de l'Ecole chirurgicale française ; le sens clinique joint à la correction de l'acte opératoire.

DE L'ÉCARTEMENT
DES
INCISIVES MÉDIANES SUPÉRIEURES
DYSTROPHIE HÉRÉDO-SYPHILITIQUE

I

Les malformations dues à l'hérédo-syphilis sont diverses et multiples, mais parmi elles, les dystrophies dentaires occupent une place des plus importantes et leur valeur dans le diagnostic de la syphilis héréditaire est admise depuis longtemps. De tous les systèmes organiques, le système dentaire en effet est le plus souvent affecté par son influence, sans contradiction possible, et les statistiques établissent que parmi les dystrophies objectives que réalise l'hérédo-syphilis ce sont les dystrophies du système dentaire qui arrivent en première ligne.

La plus anciennement connue des altérations dentaires et la plus indiscutée comme pathogénie est la déformation décrite par Jonathan Hutchinson et qui porte son nom. Après lui, c'est au professeur Fournier et à son fils M. Edmond Fournier que revient l'honneur d'avoir établi l'histoire dentaire de l'hérédo-syphilis et c'est à leurs ouvrages que nous empruntons les lois générales qui semblent en régir les manifestations.

Les dystrophies du système dentaire peuvent affecter l'une et l'autre dentitions, mais elles sont beaucoup plus communes et beaucoup plus importantes au point de vue diagnostique sur la seconde que sur la première.

Les dystrophies dentaires qui dérivent de l'hérédosyphilis sont, au moins pour l'énorme majorité des cas, multiples et symétriques, multiples en ce sens qu'elles affectent plusieurs dents, symétriques en ce sens qu'elles affectent des dents homologues.

Cette règle toutefois n'est pas sans souffrir d'assez nombreuses exceptions ; ainsi on voit parfois des dystrophies dentaires se borner à un très petit nombre de dents, voire même exceptionnellement à une seule.

Toutes ces dystrophies dentaires, quelle qu'en soit la variété sont issues d'un trouble nutritif ayant surpris la dent au cours de son évolution, l'ayant altérée ou affectée d'une façon ou d'une autre et ayant laissé sur elle une empreinte indélébile.

Donc, soit dit une fois pour toutes, la dent syphilitique n'est en rien une dent qui, née saine et bien formée, a été altérée ultérieurement par une lésion d'ordre syphilitique ; c'est tout au contraire une dent qui a subi l'influence hérédosyphilitique au moment même de sa formation, une défectuosité de développement, défectuosité originaire, native, prénative même, puisque cette défectuosité de développement s'est constituée à l'époque où la dent était encore contenue dans son alvéole.

M. E. Fournier précise. Une dent, dit-il, était en formation, à ce moment est intervenue une cause morbide (la syphilis en l'espèce) qui a troublé la nutrition ou le processus formatif de cette dent. Sous cette influence la dent s'est affectée d'une façon quelconque, s'est viciée dans sa forme, dans sa structure, dans son processus de calcification. Elle a été surprise en un mot dans son évolution par un trouble dystrophique et c'est ce trouble dystrophique, qui s'inscrivant sur elle à ce moment, y laisse son empreinte. C'est cette empreinte indélébile que nous pouvons plus tard utiliser pour reconnaître l'action de la syphilis héréditaire.

M. le professeur Gaucher a repris et développé cette étude. En divisant par périodes et catégories les accidents héredo-syphilitiques, il a précisé les rapports qui existent entre les lésions des enfants et la maladie des parents, et, de cette façon, a permis de classer les manifestations de la syphilis héréditaire, donnant ainsi à chacune d'elle sa valeur respective.

M. le professeur Gaucher a classé les manifestations de la syphilis héréditaire en quatre groupes correspondant à quatre degrés décroissants de l'infection.

1° L'héredo-syphilis secondaire, qui est la syphilis congénitale, virulente, génératrice, comparable à la syphilis secondaire de l'adulte ;

2° L'héredo-syphilis tertiaire, précoce ou tardive, comprenant des lésions localisées provenant d'une infection atténuée et déjà ancienne des géniteurs ;

3° L'hérédo-syphilis quaternaire, représentée par les manifestations parasymphilitiques de Fournier et dérivant d'une infection héréditaire encore plus atténuée ;

4° L'hérédo-syphilis quinaire comprenant toutes les dystrophies de la syphilis héréditaire.

L'hérédo-syphilis quaternaire et l'hérédo-syphilis quinaire semblant relever surtout d'une hérédité toxique.

« Les malformations dentaires de l'hérédo-syphilis appartiennent à l'hérédo-syphilis quinaire, c'est-à-dire que ce sont des dystrophies congénitales (vices de conformation ou arrêts de développement) sur lesquelles le traitement mercuriel spécifique n'a plus aucune influence. Ces dystrophies relèvent d'une infection ancienne et atténuée. Elles peuvent d'ailleurs coexister avec des lésions d'hérédo-syphilis plus virulente, celles que j'ai appelées secondaires si elles sont généralisées, tertiaires si elles sont localisées et de virulence plus ancienne comme pour les lésions de même nom de la syphilis acquise, quaternaires quand elles correspondent à la parasymphilis acquise. »

« A elles seules quand elles sont typiques, les malformations dentaires permettent d'affirmer l'hérédo-syphilis, à plus forte raison, si elles existent simultanément avec d'autres lésions ou dystrophies, comme le front olympien, le crâne natiforme, le nez écrasé à sa base, la voûte palatine ogivale, etc.. D'où l'intérêt capital qui s'attache à l'étude de ces

dystrophies qui toujours doivent éveiller l'idée d'hé-
rédo-syphilis.

« En réalité, théoriquement, toutes les malforma-
tions dentaires en particulier, peuvent être causées
par toutes les infections, quelles qu'elles soient ;
mais en pratique il n'y a que la syphilis qui puisse
infecter le fœtus sans en déterminer la mort et la
seule infection qui, dans la grande majorité des cas,
puisse atteindre le fœtus et en permettre la survie
étant la syphilis, c'est bien pratiquement à elle que
l'on songera en face de dystrophies dentaires non
douteuses. »

L'influence héréditaire de la syphilis se traduit sur
le système dentaire par des modalités extrêmement
variées. Souvent elle se caractérise par des retards
de l'évolution dentaire. Afin de mieux comprendre
cette action, il nous faut d'abord revoir cette évolu-
tion lorsqu'elle est conforme à la règle commune.

La chronologie de l'éruption de la première denti-
tion n'est pas soumise à une règle absolue et même
chez des enfants absolument normaux on peut ren-
contrer des cas exceptionnels.

Chez les enfants normaux, sains, élevés au sein,
suivant les règles d'une hygiène rigoureuse, ce sont
les incisives médianes inférieures qui sortent les
premières vers l'âge de six à sept mois, rarement plus
tard. Elles font éruption presque simultanément en
quinze jours. Puis apparaissent les incisives médianes
supérieures, bientôt suivies des latérales voisines.
Le groupe se complète peu après par la venue des

incisives latérales inférieures. Les enfants allaités naturellement sont donc pourvus de six dents à dix mois, de huit à onze ou douze mois.

Lorsque ces incisives sont sorties ce ne sont pas, les dents placées tout à côté d'elles qui font leur apparition. Un espace subsiste et ce sont les premières petites molaires qui font leur percée. Celles-ci se montrent entre douze et dix-huit mois, les supérieures précédant les inférieures. Vers la fin de cette époque, dans l'intervalle laissé libre entre les incisives latérales et les premières petites molaires pointent les canines, celles du haut d'abord. La dentition ainsi complétée reste en état pendant un temps assez long. L'enfant a seize dents jusqu'aux environs de son vingt-quatrième mois. C'est alors qu'il termine sa dentition de lait par l'adjonction des quatre secondes petites molaires.

Ces dernières sont assez longues à se montrer, elles ne sont quelquefois complètement sorties que vers deux ou deux ans et demi.

Les dents temporaires sont expulsées progressivement vers l'âge de six à douze ans. Leurs racines sont le siège d'une ostéite raréfiante à laquelle la présence des dents sous-jacentes prend une certaine part.

Les premières dents permanentes paraissent vers la sixième année, ce sont les premières grosses molaires. C'est à elles que l'on donne le nom de dents de six ans. Ensuite apparaissent toute la série des dents de remplacement. Les incisives médianes .

percent vers six ans. Les latérales à huit, les prémolaires se montrent peu après, avant les canines ; celles-ci ne sortent guère avant onze ou douze ans. C'est vers cette époque que font éruption également les deuxièmes grosses molaires ou dents de douze ans. Enfin la dentition se complète par les dents de sagesse et celles-ci se montrent entre dix-huit et vingt cinq ans.

Comme nous le disions, la syphilis, atteignant l'enfant même dans son existence intra-utérine, peut être la cause de dentitions retardées.

Ces retards s'observent plus spécialement pour la première dentition. Ainsi il est très commun de rencontrer des sujets hérédo-syphilitiques qui n'ont commencé à percer leurs premières dents que vers l'âge de dix, douze et quinze mois.

Parfois encore la première éclosion dentaire est plus tardive et se fait attendre jusqu'à deux ans. Et M. Ed. Fournier dans son livre intitulé *Stigmates de l'hérédo-syphilis* en cite quelques exemples.

Plus rarement l'apparition des dents ne se fait que vers la troisième, voire même la quatrième année.

Enfin un cas du Dr Lancereaux dans lequel « sur un enfant syphilitique, âgé de douze ans, enfant à la fois microcéphale, idiot et épileptique, les incisives latérales et les canines étaient à peine sorties de leurs alvéoles. »

Ajoutons que ce qui est certain c'est que le traitement lutte victorieusement contre ce vice de développement. Les nourrissons hérédo-syphilitiques

soignés au cours des quatre premiers mois de leur vie c'est-à dire à l'époque ordinaire des manifestations, font leurs dents aussitôt et aussi facilement que les autres.

Des retards analogues ont été signalés pour la deuxième dentition, mais sont infiniment plus rares.

Rien de spécial dans ce retard de l'évolution dentaire qui n'est qu'une expression d'un fait général, le retard de développement physique chez des sujets affectés d'hérédo-syphilis.

C'est sans doute par suite du même mécanisme qui retarde le développement de l'individu, qu'on peut expliquer la persistance des dents de lait chez certains heredo-syphilitiques.

Cette modalité dystrophique est commune elle a été décrite et constatée dans un tiers des cas de syphilis héréditaire.

« Elle atteste en effet qu'une affection grave a dû à un moment donné arrêter ou tout au moins retarder le développement de la dent permanente qui était destinée à prendre la place de la dent temporaire. »

Elle se borne généralement à quelques dents, mais dans des cas très rares peut se généraliser à tout le système dentaire, et M. Ed. Fournier cite l'observation d'un enfant de dix ans, fils de syphilitiques, qui à cet âge avait conservé sa dentition de lait sans une seule dent permanente.

D'autres fois et ceci est bien plus important, l'in-

fluence héréditaire se traduit par des anomalies et dystrophies qui portent sur la dent.

Ces dystrophies sont très variables comme modalités. Si variables soient-elles, il n'est pas impossible de les distinguer par catégories.

Ces dystrophies affectent des modes principaux.

Ce sont :

La vulnérabilité dentaire ;

Les lacunes ou érosions dentaires ;

Les anomalies de forme, de volume, d'implantation.

1° Vulnérabilité dentaire

La vulnérabilité dentaire est précoce et la syphilis héréditaire peut altérer la dentition de lait aussi bien que la deuxième dentition.

Tandis que certains auteurs estiment que cette vulnérabilité dentaire précoce n'appartient pas en propre à la syphilis, M. le professeur Gaucher pense que déjà ces altérations des dents de lait sont caractéristiques.

« Elles sont, dit-il, plus rares que les altérations des dents permanentes et en voici la raison. Les dents de lait se calcifient dans les premiers mois de la vie fœtale. Or, les fœtus infectés à ce moment de leur évolution et dont les mères ne sont pas traitées, meurent. »

Cependant la syphilis héréditaire provoque une carie des dents de lait, qui doit retenir l'attention. Les dents sont petites, écartées les unes des autres,

irrégulières de surface et de sommet. Elles deviennent rapidement noires parce que l'émail qui les recouvre est insuffisant et elles se gâtent facilement.

Et M. Gaucher cite une observation personnelle qui montre l'importance des altérations des dents de lait : « On m'amène à l'âge d'un mois une petite fille atteinte de coriza syphilitique et présentant des plaques muqueuses sur les lèvres et dans la bouche. La mère avait eu, deux ans avant, un chancre de la langue et avait été irrégulièrement traitée, je prescrivis à l'enfant XL gouttes par jour de liqueur de Van Swieten, revue à l'âge de dix-neuf mois, elle ne présentait comme seul accident que des plaques muqueuses. Elle prend depuis lors LX gouttes par jour en trois fois de liqueur de Van Swieten et à mon dernier examen, la petite fille alors âgée de quatre ans et cinq mois, est une enfant superbe, ne présentant aucune dystrophie si ce n'est des altérations d'ailleurs assez minimales de ses dents. Les dents sont toutes au complet, c'est-à-dire au nombre de vingt, elles sont écartées, surtout les incisives et les canines, les quatre premières molaires sont cariées, les incisives présentent des encoches, et de plus, les incisives supérieures droites ont une atrophie du collet. »

Nul doute d'ailleurs que le traitement empêche les altérations de la deuxième dentition, sauf pour la première grosse molaire dont la calcification commence au sixième mois de la vie intra-utérine.

Déjà caractéristique pour la dentition de lait, la

vulnérabilité précoce l'est encore plus pour les dents permanentes.

Mal défendues par une couche d'émail insuffisante, elles sont plus que d'autres exposées à la carie et à l'envahissement microbien. Non seulement elles s'usent, se brisent plus facilement, mais elles se détruisent prématurément avec une grande facilité. « Elles n'ont somme toute qu'une vitalité précaire et sont condamnées de naissance à une caducité précoce » (A. Fournier).

On a signalé ainsi des observations d'hérédo-syphilitiques présentant dès l'adolescence toute une série de dents cariées, en partie détruites ou même déjà tombées, à tel point que vers la quarantaine il y avait édentation complète.

2° Lacunes ou érosions dentaires

C'est toujours le défaut de développement qui détermine ces malformations. Parfois la lacune est complète si l'on peut dire, il y a arrêt et non formation des follicules dentaires. D'où *l'absence de certaines dents* qui a été signalée dans plusieurs observations d'hérédo-spécifiques et cette dystrophie qui a une préférence marquée pour l'incisive latérale est assez fréquente.

Plus souvent les dents se développent mais présentent des lacunes ou érosions spéciales. Comme l'explique le professeur Gaucher, ces dents n'ont pas été attaquées, une fois formées, par la toxine syphilitique, les dents lacunaires se sont mal développées.

Ce sont des dents dystrophiques et non des dents malades.

Tandis que certaines dystrophies, d'après quelques auteurs, ne sont pas le propre de l'hérédosyphilis, il est généralement admis que les érosions dentaires ont une valeur indiscutable dans le diagnostic de cette affection.

Elles sont excessivement rares chez les idiots et Mme A. Sollier, dans sa thèse, n'en cite qu'un très petit nombre de cas.

Hallopeau et Fouquet, d'après leurs statistiques, arrivent à conclure que la tuberculose et le rachitisme sont étrangers à leur production bien qu'ils estiment que la syphilis peut ne pas en être l'origine unique.

Elles doivent donc attirer l'attention, et certaines semblent bien avoir un caractère pour ainsi dire pathognomonique.

Presque toujours les érosions dentaires sont symétriques et multiples; c'est-à-dire qu'elles atteignent les dents homologues et parfois plusieurs.

On les divise habituellement en deux variétés : lésions coronaires et lésions cuspidiennes :

a) *Lésions coronaires.* — La surface de la dent peut présenter des érosions en forme de godets, de cupules, ou même de véritables sillons, situés sur une même ligne horizontale déterminant un aspect particulier de la couronne.

Le plus souvent, la rainure lunaire est unique, il s'agit alors de la dent sulciforme de Parrot. Quelquefois, ces sillons sont superposés horizontalement au

nombre de deux ou trois et c'est alors la dent en gravure de Fournier, ou alors, plus rarement, la couronne de la dent est parsemée de saillies et de dépressions inégales et sans symétrie, plus ou moins profondes, avec altération de l'émail et carie secondaire, et c'est la dent de Tornes en gâteau de miel.

b) *Dystrophies cuspidiennes*. — Elles sont très communes et bien définies. Elles peuvent atteindre les premières grosses molaires donnant l'atrophie cuspidienne de Parrot.

La dent est normale dans ses deux tiers inférieurs et on voit un petit moignon d'ivoire émanant d'une couronne normale : la surface triturante est irrégulière, creusée d'éminences rugueuses, de couleur jaunâtre, par défaut d'émail cette surface libre s'use, s'émiette, bientôt le moignon effrité n'existe plus et il reste une dent plus courte à plateau lisse.

Les incisives présentent quatre formes de dystrophies de leur bord libre :

1° Il peut être double comme une scie.

2° Il peut être aminci, aplati d'avant en arrière, dent laminée ;

3° Ce bord libre peut être atrophié en masse et donner l'aspect d'un tronçon jaunâtre séparé de la partie normale de la dent par un sillon, ce tronçon terminal peut être lui-même subdivisé en plusieurs mamelons réalisant *la dent en clou de girofle* ;

4° La dent peut être élargie au niveau de son collet et rétrécie à son bord libre rappelant l'aspect d'un tournevis (*dent en tournevis de Fournier*) ;

5° Ce bord libre peut présenter une échancrure demi lunaire. Cette échancrure occupe le bord libre de l'incisive, elle est à convexité tournée vers le collet de la dent et finit par disparaître à la longue.

On la rencontre dans toutes les incisives, même sur les médianes de la première dentition (Fournier et Guis).

Hutchinson ne l'avait décrite que pour les incisives médianes supérieures, cette érosion n'étant que l'une des particularités de sa dent. La dent d'Hutchinson a en effet trois caractères bien définis et sur lesquels lui-même a insisté à l'occasion de ses voyages en France : diminution dans le diamètre vertical et assez souvent aussi transversalement -- direction oblique en bas et en dedans, ce qui détermine la convergence l'une vers l'autre des deux incisives, enfin l'échancrure semi-lunaire du bord libre que nous avons décrite précédemment.

De même que les incisives les canines enfin peuvent présenter des érosions cuspidiennes. Elles ont leur sommet atrophié et la dent est divisée en deux parties : une supérieure normale et une inférieure qui ressemble à une pointe noirâtre enchassée dans la partie supérieure.

D'après même ce que nous venons de voir, les altérations dentaires se rencontrent plus particulièrement sur certaines. Elles ont en effet des *dents de prédilection* (E. Fournier). Par ordre de fréquence elles affectent en effet plus spécialement : 1° les premières grosses molaires ; 2° les incisives ; 3° les canines.

C'est qu'en effet, ces altérations dentaires liées à des troubles de nutrition, sont en rapport avec l'action même de l'hérédo-syphilis, plus virulente pendant la période fœtale. Toutes les dents peuvent être troublées dans leur morphologie, car l'hérédo-syphilis ne limite pas ses effets à la seule période fœtale, mais la poursuit encore dans les premiers mois qui suivent la naissance, mais avec des chances inégales de dystrophie. C'est ainsi que les prémolaires qui se calcifient au sixième mois et les deuxièmes grosses molaires à trois ans, sont plus rarement lésées par l'hérédo-syphilis ; la dernière molaire ou dent de sagesse, dont le follicule n'apparaît qu'au cours de la troisième année et qui se calcifie vers douze ans n'a aucune chance d'être altérée.

Au contraire, canines et surtout incisives, dont la calcification commence dans les trois premiers mois qui suivent la naissance sont plus souvent affectées.

Capdepon t l'a bien établi en particulier pour la dent d'Hutchinson. Suivant lui, il n'est pas question de spécificité mais de chronologie, si la syphilis héréditaire est la cause habituelle du développement anormal des adamantoblastes c'est parce qu'elle est le facteur qui intervient le plus souvent à cet âge.

Mais la plus importante à ce point de vue est la première grosse molaire et M. le professeur Gaucher l'a très nettement démontré :

« Le follicule de la première molaire apparaît en effet au neuvième jour de la vie fœtale, sa calcification commence au sixième mois de la vie intra-utérine et

son éruption se fait à six ans, c'est la dent de six ans.

C'est aussi la seule dent permanente dont la calcification commence pendant la vie intra-utérine, ce qui nous explique la fréquence de ses altérations par l'hérédo-syphilis et son importance diagnostique. Après elle se calcifient les cuspidés ou canines, c'est pourquoi l'atrophie de leur sommet est très importante et la connaissance de cette dystrophie m'a permis de faire un diagnostic de très grande importance » (E. Gaucher).

Nous avons retrouvé l'observation auquel M. le professeur Gaucher fait allusion dans cette leçon. La voici *in extenso*.

OBSERVATION

(Gaucher, Lacapère et Henry Bernard

Bulletin de la Société de Dermatologie, 2 mai 1901).

Louise X... âgée de dix-neuf ans, imprimeuse, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Littré, le 14 mars 1900, à 10 heures du soir. Elle est dans un état de demi-coma d'où elle sort momentanément quand on l'interroge, mais il lui est impossible de prononcer la moindre parole pour se faire comprendre. Tout ce que nous savons de ses antécédents, c'est qu'elle est accouchée à terme, un mois avant son entrée à l'hôpital.

Elle indique qu'elle souffre du côté droit du thorax. L'examen de la malade décèle une hémiplegie droite complète avec aphasie. L'auscultation du poumon est négative. On constate

à l'auscultation du cœur un bruit de galop très net siégeant au-dessus de la pointe. La malade a des pertes rouges peu abondantes, mais légèrement odorantes. On sent par la palpation abdominale le corps de l'utérus un peu gros au-dessus du pubis. Le col est entr'ouvert et l'index peut y pénétrer d'un centimètre environ. Il existe un œdème assez prononcé des deux membres inférieurs, avec un réseau sous-cutané bien dessiné.

Les urines, examinées immédiatement, contiennent une petite quantité d'albumine.

La température vaginale est de 39°6. Le pouls est accéléré, mais plein.

Le diagnostic porté est le suivant : infection puerpérale avec métrite, phébite double des fémorales, embolie pulmonaire expliquant la douleur thoracique, provenant de la thrombose des veines fémorales ou utérines. Enfin, pour expliquer l'hémiplégie et l'aphasie, on fait l'hypothèse de coagulation fibrineuse dans un cœur légèrement dilaté et présentant un bruit de galop très net, ayant provoqué une embolie cérébrale.

En raison de ces accidents vasculaires, on ajourne momentanément toute intervention sur la muqueuse utérine ; la malade est mise au repos complet avec régime lacté absolu ; quelques ventouses scarifiées sont appliquées sur le thorax, au niveau du point douloureux.

Le lendemain 15 mars, l'hémiplégie est complète et atteint même le territoire du facial supérieur, bien qu'à un degré beaucoup moindre que celui du facial inférieur. L'aphasie motrice est complète ; mais il n'existe ni surdité ni cécité verbales, et la malade, qui comprend tout ce qu'on lui dit, s'exprime très bien par gestes. Il lui est impossible de tirer la langue.

Il n'existe aucun trouble de la sensibilité cutanée. Le seul trouble sensitif consiste dans une douleur assez vive à la pression des masses musculaires du mollet et de la cuisse.

Le pouls radial du côté droit est à peine perceptible ; le membre supérieur droit dans sa totalité est plus froid que le reste du corps.

L'examen des organes génitaux et du cœur donne les mêmes résultats que la veille. Le point de côté a presque disparu depuis l'application des ventouses et l'auscultation du poumon est toujours négative.

Les urines contiennent encore une petite quantité d'albumine. La température est de 39°8, mais l'état général est bon et l'abattement beaucoup moindre que la veille.

Le diagnostic d'accidents puerpéraux paraît probable ; la malade est laissée au régime lacté absolu, auquel on ajoute 3 grammes d'acétate d'ammoniaque.

Pendant les jours qui suivent l'état général s'améliore, la température s'abaisse progressivement, de manière à atteindre la normale le 23 mars ; l'albumine diminue notablement ; les pertes rouges cessent complètement. Le bruit de galop devient de moins en moins net, puis disparaît. L'hémiplégie et l'aphasie persistent seules, sans aucune modification.

Entre temps nous apprenons, tant de son entourage que du service d'accouchement où elle a séjourné, que cette femme a accouché un mois avant son entrée à l'hôpital, d'un enfant à terme, mais qui est mort quelques jours après sa naissance. Le jour de l'accouchement on constata de l'albuminurie et, pendant la nuit qui suivit, la malade eut une attaque d'éclampsie. Cependant ses suites de couches furent normales, et onze jours après l'accouchement, elle quittait l'hôpital. Elle conservait à ce

moment des traces d'albumine dans l'urine, et on recommanda de rester au régime lacté absolu pendant quelque temps.

Rentrée chez elle, la malade se sent très fatiguée ; il lui est impossible de travailler et elle se met au lit. Depuis son accouchement, elle continuait à perdre du sang en petite quantité ; chez elles ces pertes augmentent, mais elles ne s'accompagnent pas de douleurs utérines ni abdominales. Cinq jours après sa sortie de l'hôpital, la malade est prise brusquement, pendant la nuit, d'une violente douleur dans le côté droit du thorax, avec dyspnée intense, mais sans toux ni hémoptysie. Cette douleur persiste les jours] suivants. Cinq jours après, le 10 mars, la malade, voulant se lever de son lit, perd connaissance et tombe. C'est alors qu'on l'amène à l'hôpital.

Ces renseignements, ainsi que l'évolution des accidents, la persistance de l'hémiplégie et de l'aphasie, venaient en confirmation du diagnostic d'embolie cérébrale porté à l'entrée de la malade.

En dehors de cette cause, seule la syphilis pouvait réaliser, par artérite cérébrale, le même ensemble symptomatique.

Mais les renseignements fournis par la malade étaient les suivants. Ses rapports sexuels ont précédé de fort peu le début de la grossesse ; elle n'a jamais présenté aucun accident qui rappelât un chancre ou des manifestations secondaires et ne porte aucun stigmate de syphilis acquise.

L'interrogatoire du père de l'enfant nous manque ; mais nous avons appris, par les notes qui nous ont été fournies par le service d'accouchements, que cet enfant mort quelques jours après sa naissance, ne présentait aucune trace de syphilis.

L'enquête sur l'état pathologique de sa famille nous a donné les résultats suivants :

La mère paraît bien portante : elle n'est atteinte actuellement d'aucun accident.

Le père qui depuis trois ans vivait séparé de sa femme, est mort au mois de février 1901, à la suite d'accidents cérébraux ayant duré quatre jours. Deux des enfants, âgés actuellement de vingt-six et de vingt-deux ans, sont bien portants ; ils ne présentent pas d'altérations dentaires ; trois autres enfants nés après notre malade sont également en bonne santé ; leurs dents ne sont pas altérées. Une sœur de notre malade, née après elle, est morte, paraît-il à l'âge de sept mois, d'une affection indéterminée.

Une seule raison pouvait nous faire songer à la syphilis, c'est l'aspect des dents de la malade dont nous n'avons pas encore parlé.

Les dents qui sont au nombre de 14 en bas, de 13 en haut, une des secondes prémolaires ayant été extraite et les dents de sagesse n'ayant pas encore paru, sont régulièrement implantées sur le bord libre des maxillaires. Elles sont de fort petite taille et nettement séparées les unes des autres par un espace libre.

En bas, les quatre incisives sont très petites, mais, à part leur nanisme, ne présentent qu'une très légère érosion sur leur bord tranchant.

Les canines présentent une remarquable atrophie du sommet ; à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, existe un brusque étranglement, au-dessus duquel on trouve la cuspide très atrophiée et ressemblant à une pointe implantée sur le reste de la dent.

En haut, les incisives médianes, dentelées au niveau de leur bord libre, présentent une atrophie du sommet tout à fait analogue à celle des canines inférieures.

Les incisives externes, effilées au niveau de leur extrémité libre, ont une forme normale mais sont un peu petites ; les canines supérieures présentent une atrophie du sommet plus marquée que les canines inférieures ; enfin les quatre premières molaires sont érodées sur leur face triturante. Cette particularité est très importante, car les cuspides de ces dents sont les seules qui se calcifient pendant la vie intra-utérine.

M. le Dr Gires, dentiste, a bien voulu examiner complètement la mâchoire de la malade et a remis à M. le professeur Gaucher la note suivante :

« Sur le moulage de la bouche, pris au godiva, on peut constater que les maxillaires sont de dimensions normales et la voûte palatine longue et bien conformée.

Toutes les dents sont définitives ; pas une seule dent de lait n'a persisté. Elles sont implantées régulièrement selon une courbure elliptique régulière et normale.

Cependant la seconde prémolaire supérieure gauche manque , elle a été extraite vers l'âge de douze ans, et les molaires se sont un peu avancées pour combler l'espace laissé vide par l'extraction. La dentition définitive a donc été complète, la malade présentant 14 dents en bas et 13 en haut. Les dents de sagesse ne sont pas encore poussées.

« Les quatre secondes molaires (dents de douze ans) sont normales.

« Les quatre premières molaires (dents de six ans) sont atrophiées, et plus petites que la normale. Elles portent toutes des caries sur leur face antérieure.

« Toutes les quatre ont leur couronne divisée en deux segments par un sillon horizontal et circulaire. Le segment voisin du maxillaire est normal ; l'autre segment est atrophié, petit,

et la face triturante qu'il supporte est érodée, rugueuse, anfractueuse. Les lésions de cette dent sont intéressantes, car la première molaire est la seule dent dont la calcification commence pendant la vie fœtale, et cette calcification débute par la portion cuspidienne ou triturante, justement celle qui est érodée et atrophiée ici.

« Les sept prémolaires (l'une avons-nous dit, ayant été extraite) sont de forme et de dimensions normales; l'une d'elles, la seconde inférieure gauche, est en rotation de 90 degrés sur son axe; les cuspides, au lieu d'être l'une interne, l'autre externe, sont l'une antérieure, l'autre postérieure.

« Les quatre canines sont courtes et arrondies; à leur sommet se trouve un petit tronçon pointu, de forme conique, qui semble séparé du reste de la couronne par un sillon profond qui fait tout le tour de la dent.

« Les quatre incisives inférieures, très petites, véritables dents saines, espacées les unes des autres, ont leur bord incisif usé, devenu plat, au lieu d'être tranchant comme il devrait être chez une jeune fille de cet âge.

« Les incisives latérales supérieures semblent un peu plus ovoïdes et plus petites qu'elles ne le sont normalement.

« Les incisives médianes supérieures présentent des lésions intéressantes : très légèrement en rotation sur leur axe, leur couronne est, comme nous l'avons déjà vu pour plusieurs dents, séparée en deux segments par un sillon circulaire profond.

A la face antérieure, ce sillon présente une légère convexité en haut.

Le segment supérieur voisin du collet est arrondi, lisse et régulier, parfaitement normal.

Le segment inférieur, qui comprend un peu plus du tiers de la hauteur de la couronne, est atrophié, moins épais dans le sens antéro-postérieur, moins large dans le sens transversal que le segment supérieur. Sa face antérieure est jaunâtre, rugueuse, creusée d'anfractuosités.

« Ces incisives centrales ne ressemblent pas à la dent décrite par Hutchinson et qui est « un ovoïde aplati dont le pôle inférieur apparaît comme coupé par un coup d'ongle ».

Elles ne peuvent être confondues avec la dent en tournevis, car leur diamètre est aussi grand à leur bord libre qu'à leur sommet. Ce sont des dents érodées tout banalement.

« Le segment de leur couronne mal formé correspond à la portion qui se calcifie dans les trois premières années de la vie ».

En résumé, bien que les incisives supérieures ne présentent pas le type décrit par M. Hutchinson comme pathognomonique de l'hérédosyphilis, les diverses altérations des dents microdontisme, amorphisme, atrophies cuspidiennes, érosions, sont suffisantes pour évoquer l'idée d'une infection spécifique héréditaire.

C'est en nous basant uniquement sur l'état des dents que, le 24 mars, nous nous résolvons à mettre la malade au traitement mixte ; frictions mercurielles et administration quotidienne de 4 grammes d'iodure de potassium.

Ce traitement attestait son efficacité dès le lendemain.

25 mars. — La malade prononce quelques monosyllabes et peut exécuter quelques mouvements de la main droite.

L'amélioration s'accroît rapidement de jour en jour ; dès le 29 mars, la parole est redevenue presque normale ; tous les mouvements du bras et de la jambe sont possibles, quoique

pénibles encore. Quinze jours après le début du traitement, le marche est possible. Cependant, en raison de la persistance des traces d'albumine dans l'urine et d'un léger œdème des membres inférieurs, la malade est maintenue au repos.

7 avril. — Les frictions sont remplacées par des injections quotidiennes de benzoate de mercure à la dose de 2 centigrammes. OEdème et albumine disparaissent bientôt et, à partir du 20 avril, le retour à l'état normal est à peu près complet. Le bras droit présente encore quelque faiblesse. La jambe a repris toute sa force.

24 mai. — La malade sort de l'hôpital en parfait état.

L'épreuve du traitement venait donc de démontrer la nature spécifique de l'affection ; la rapidité de l'amélioration s'explique ici par ce fait, que les accidents étaient de date récente. Mais cette rapidité même, véritablement extraordinaire, avait suffi pour éveiller le doute, chez quelques-uns de ceux qui avaient assisté à l'évolution des accidents. L'idée d'une hémiplegie hystérique avait été évoquée et jusqu'à la confirmation, véritablement péremptoire, que les événements viennent de donner au diagnostic de syphilis héréditaire, nous avons hésité à publier cette observation, peut-être unique dans la littérature médicale, par la localisation artérielle de la syphilis cérébrale héréditaire.

Il y a quelques jours, en effet, le 20 avril 1901, un an environ après être sortie de l'hôpital, la malade se présentait de nouveau à notre consultation.

Depuis son départ, elle n'a suivi aucun traitement et elle présente actuellement aux deux jambes des ulcérations gommeuses datant déjà de plusieurs mois.

A la jambe droite, l'ulcération, qui siège du côté interne 20

à 30 centimètres au-dessus de la malléole, présente un grand axe vertical. Sa largeur est de 8 à 10 centimètres, sa hauteur de 12 à 15 centimètres. L'ulcère est polycyclique et présente, à sa partie supéro-antérieure, une petite ulcération non encore confondue avec la large surface ulcérée. Le fond est d'un rose yif ; le bord, violacé et légèrement surélevé, est taillé à pic ; i s'entoure d'une zone pigmentée large de 3 à 4 centimètres.

A gauche, on constate une ulcération à la partie externe de la jambe. De forme circulaire, d'un diamètre de 6 à 8 centimètres environ, cette ulcération présente, comme celle de la jambe droite, un fond rouge, un bord violacé, taillé à pic, moins découpé. Du même côté, deux cicatrices, de la largeur d'une pièce de 1 franc, montrent une portion centrale blanche et lisse, entourée d'une zone pigmentée, qui s'estompe peu à peu pour se confondre avec la peau saine.

En dedans, il existe une ulcération large comme une pièce de 50 centimes. A côté d'elle, sont deux cicatrices analogues à celle que nous venons de décrire du côté externe. Une zone pigmentée englobe l'ulcération et les cicatrices.

L'ulcération de la jambe droite a débuté au mois de juillet 1900, à la suite d'une escoriation due au grattage, et depuis s'est étendue progressivement. Les ulcérations de la jambe gauche sont apparues une quinzaine de jours plus tard, certaines ulcérations guérissant tandis qu'il en apparaissait de nouvelles.

Ces ulcérations, absolument indolentes, présentent tous les caractères des ulcérations gommeuses et leur existence est véritablement la signature de la syphilis.

L'examen de la malade montre qu'à l'hémiplégie a succédé

un certain degré d'atrophie. Le bras et l'avant-bras droits sont plus faibles que le bras et l'avant-bras gauches.

La main serre moins vigoureusement ; les éminences thénar et hypothénar sont aplaties ; les muscles interosseux sont atrophiés.

La joue droite est un peu plus plate que la gauche ; dans le rire la commissure labiale gauche se relève plus que la droite. Si la malade veut tirer la langue, celle-ci, se dévie du côté droit. Mais, en somme, ces troubles atrophiques sont peu marqués ; ils ont besoin, pour ne pas passer inaperçus, d'être recherchés avec soin. Sa jambe droite ne paraît pas atrophiée. La parole est nette et précise.

Les autres organes sont en bon état ; l'état général est excellent.

La malade est mise au traitement mixte : 2 pilules de 1 centigramme de sublimé et 2 grammes d'iodure de potassium par jour.

Ainsi la syphilis soupçonnée d'après l'état des dents, a confirmé son existence par l'action curative manifeste du traitement mercuriel et par l'apparition ultérieure d'accidents tertiaires cutanés : des gommes localisées aux jambes.

Ces derniers accidents, les gommes, nous permettent non seulement de poser en toute certitude le diagnostic de la syphilis, elles permettent aussi d'affirmer la nature héréditaire de cette syphilis. La malade a accouché en effet au mois de février 1900, et les premiers rapports sexuels ont donné lieu à la conception. S'il s'était agi d'une syphilis acquise conceptionnellement, celle-ci aurait donc été contractée pendant le mois de juin 1899 au plus tôt et peut-être plus tard.

Il serait exceptionnel que cette syphilis eût donné, moins

d'un an après son début, une artérite cérébrale et tout à fait impossible qu'elle eût occasionné, en juillet 1900, treize mois environ après son début, des accidents d'ordre nettement tertiaire, des gommés localisées.

Nous sommes donc définitivement conduits au diagnostic de syphilis héréditaire tardive.

L'observation précédente se résume comme il suit : syphilis héréditaire caractérisée seulement par des dystrophies dentaires.

A dix-neuf ans, sans qu'aucun accident antérieur soit venu rappeler l'existence de cette syphilis, ictus apoplectiforme suivi d'hémiplégie droite complète avec aphasie, qui cèdent en quelques semaines au traitement mercuriel.

Enfin, quelques mois après, apparition de gommés des jambes, venant confirmer d'une façon éclatante le diagnostic de syphilis.

Cette observation tranche nettement sur celles qui ont été publiées jusqu'à présent. Dans tous ces cas l'évolution des accidents a été assez lente ; il s'agissait, presque toujours de méningite gommeuse. Dans notre observation il s'agit, au contraire, d'une artérite syphilitique absolument identique à l'artérite de la syphilis acquise. La localisation est celle que l'on retrouve le plus ordinairement dans l'artérite syphilitique tertiaire : branche antérieure de la sylvienne irriguant la région motrice fronto-pariétale et le pied de la troisième circonvolution frontale (circonvolution de Broca) ; cette lésion siégeant à gauche, a déterminé l'hémiplégie droite avec aphasie. Le début par ictus, sans prodromes, se retrouve également dans l'artérite de la syphilis acquise, quoique le plus souvent l'ictus soit précédé de prodromes et que les lésions s'établissent d'une façon progressive.

Ajoutons que, si ce début est rare dans la syphilis acquise,

il est absolument exceptionnel dans la syphilis héréditaire tardive où les accidents cérébraux présentent ordinairement l'un des modes de début, décrits par M. le professeur Fournier sous les noms de forme épileptique, forme céphalalgique, forme mentale. D'après notre observation, il faut donc admettre, de plus, une forme apoplectique et hémiplectique.

3° Anomalies de volume, de forme, d'implantation

a) *Anomalies de volume.* — Les anomalies de volume peuvent se produire en deux sens précisément opposés : réduction ou exagération de taille, mais cela avec un degré de fréquence excessivement inégal. La réduction de taille est assez commune : l'exagération au contraire (contraste curieux avec ce qui s'observe chez les idiots) est tout à fait exceptionnelle (E. Fournier).

L'infantilisme dentaire peut se rencontrer à la première dentition et se retrouver chez l'adulte. Il peut être généralisé à tout le système dentaire, mais atteint plus fréquemment quelques dents.

C'est un signe important qu'il convient d'ajouter à l'ensemble des dystrophies dentaires dont la réunion constitue une physionomie propre à l'hérédosyphilis.

b) *Anomalies de forme.* — On peut voir toutes les atypies. Les incisives ressemblent à des canines et vice-versa (amorphisme dentaire de Fournier). Les dents n'ont rien de la forme normale, elles

peuvent être tordues sur leur axe (*dents torses*), effilées (*en touches de piano*), triangulaires et pointues (*dents de requin de Fournier*), rabougries et courbes (*en forme de corne, dents en cheville d'Hutchinson, en fer de hache de Parrot*).

Enfin, *dents polytuberculeuses* par addition de tubercules supplémentaires (E. Fournier). Ces dernières retiendront davantage notre attention, car ce caractère, limité à la dent de six ans, a été l'objet d'une discussion récente.

Dernièrement on a signalé une particularité fréquente aux premières grosses molaires supérieures et qui serait caractéristique de l'hérédosyphilis.

On sait que la première grosse molaire qui a quatre cuspides n'a que trois racines : deux externes et une interne correspondant à la voûte palatine. Cette troisième racine constituée en réalité par deux racines accolées répond donc à deux cuspides.

C'est entre ces deux cuspides qu'on voit parfois apparaître à la première grosse molaire supérieure une cuspide supplémentaire, comparée à une petite mamelle en raison de sa disposition et appelée éminence mamillaire de la face interne des premières grosses molaires supérieures.

Plus ou moins développée, quelquefois formée d'un tubercule saillant, d'autrefois à peine prononcée elle constituerait une dystrophie spécifique de la syphilis héréditaire.

Certains auteurs ont cru pouvoir confirmer cette hypothèse. D'autres, au contraire, l'ont combattue,

apportant à l'appui de leurs dires le témoignage d'observations nombreuses recueillies dans un important hôpital d'enfants : les uns, hérédosyphilitiques certains, ne présentaient pas de tubercule mamillaire, d'autres étaient porteurs de cette cuspide supplémentaire mais chez eux, ni la clinique ni le laboratoire ne permettaient de déceler la syphilis héréditaire.

D'ailleurs, les traités classiques de dentisterie et de stomatologie, signalent la présence assez fréquente d'un cinquième tubercule à la face interne des grosses molaires qu'ils considèrent comme normal.

Cette cinquième cuspide ou tubercule mamillaire peut donc être rencontrée chez les hérédosyphilitiques comme chez les autres individus au même titre que des variations de forme banale.

Il faut donc en conclure que ces tubercules mamillaires ne peuvent constituer des stigmates spécifiques de l'hérédosyphilis. « Car ces tubercules mamillaires sont des phénomènes normaux et il est impossible d'attribuer un caractère pathologique à l'exagération d'un phénomène normal (Gaucher, enseignement oral).

c) *Anomalies d'implantation.* — Très fréquemment les dents des hérédosyphilitiques sont vicieusement implantées et ces dernières dystrophies peuvent être dues soit à des altérations portant sur les mâchoires, soit à des irrégularités d'implantation des différentes individualités dentaires. Les unes et les

autres peuvent d'ailleurs coexister en même temps, c'est ainsi que l'association de prognathisme avec implantation vicieuse des dents, quelquefois véritable chaos dentaire, serait presque pathognomonique de l'hérédo-syphilis (Gaucher).

Les altérations portant sur les mâchoires ont été signalées depuis longtemps et leur étude a été reprise par Jullien (1).

Elles atteignent le plus souvent le maxillaire supérieur qui peut prendre différentes formes, selon qu'il est aplati latéralement (rétrécissement transverse de la mâchoire supérieure) avec voûte palatine ogivale profonde, voûte gothique, ou plus souvent voûte en plein cintre profonde et étroite (Gaucher) selon qu'il ait subi un arrêt de développement, si bien que dans l'occlusion de la bouche, les incisives supérieures n'arrivent pas au contact des incisives inférieures, ou bien encore par dystrophie de l'os incisif, qui peut être atrophié et trop étroit (les incisives se chevauchant), ou au contraire refoulé en avant, d'ou prognathisme supérieur. Il peut y avoir enfin asymétrie dans les deux moitiés du maxillaire. Cette asymétrie porte généralement sur toute la partie correspondante de la face et constitue un signe précieux dans le diagnostic d'hérédo-syphilis.

Le maxillaire inférieur peut être lui aussi affecté. Le prognathisme par saillie exagérée de l'arcade dentaire inférieure est même beaucoup plus fréquent que le prognathisme supérieur (Gaucher).

1. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1894.

Ces différentes malformations des mâchoires ont pour conséquence principale un engrenage vicieux des arcades dentaires. L'articulation des dents opposées se fait de façon défectueuse. Il en résulte des troubles dans la mastication et des difformités de certaines dents qui s'usent plus rapidement ou au contraire se développent anormalement.

A côté des anomalies d'implantation dues aux dystrophies des arcades dentaires, il y a des irrégularités d'implantation des dents dans les alvéoles, ce qu'Ed. Fournier appelle la *désorientation dentaire*. Certaines dents font saillie en avant, tandis que d'autres s'infléchissent en arrière, d'autres sont tordues sur leur axe, d'autres encore sont implantées en dehors de la ligne des arcades maxillaires. Certaines quelquefois sont en ectopie. On en a trouvé d'enclavées dans les fosses nasales ou la voûte palatine.

« Aussi bien ce qu'on appelle une « vilaine dentition » comme désagencement, désharmonie, asymétrie, irrégularités du système dentaire n'est-il que d'observation trop commune chez les hérédosyphilitiques » (Ed. Fournier).

Assez souvent enfin on trouve quelques dents qui se présentent écartées les unes des autres et séparées par des espaces vides qui constituent de véritables lacunes interdentaires. C'est ainsi que les incisives sont quelquefois assez largement distantes soit les unes des autres, soit des canines : ce qui ne laisse pas d'imprimer à la physionomie un aspect disgracieux et vieillot (Fournier).

Cet écartement est particulièrement intéressant pour les incisives médianes supérieures et M. le professeur Gaucher le premier a attiré l'attention sur cette importante dystrophie hérédo-syphilitique.

En 1912 (1) il écrivait déjà : « J'ai toujours considéré l'écartement des incisives comme caractéristique d'hérédo-syphilis, si l'on excepte ce fait que dans certaines races il est fréquent, chez les Israélites par exemple ».

En 1913 (2) il reprenait cette question, la développait magistralement montrant par une série d'observations précises et exposées méthodiquement la valeur indiscutable de cette malformation dans le diagnostic de la syphilis héréditaire.

A notre tour nous avons pu recueillir toute une série d'observations qui viennent ajouter leur preuve et font du signe de Gaucher un stigmate caractéristique d'hérédité syphilitique.

1. *Malformations dentaires de l'hérédo-syphilis*, par le professeur Gaucher (Leçon recueillie par M. Meaux-Saint Marc. *Annales des Maladies Vénériennes*, sept. 1912).

2. *L'écartement des incisives médianes supérieures. Dystrophie hérédo-syphilitique*, par le professeur Gaucher (Leçon recueillie par Weissenbach, *Ann. des mal. vénér.*, novembre 1913).

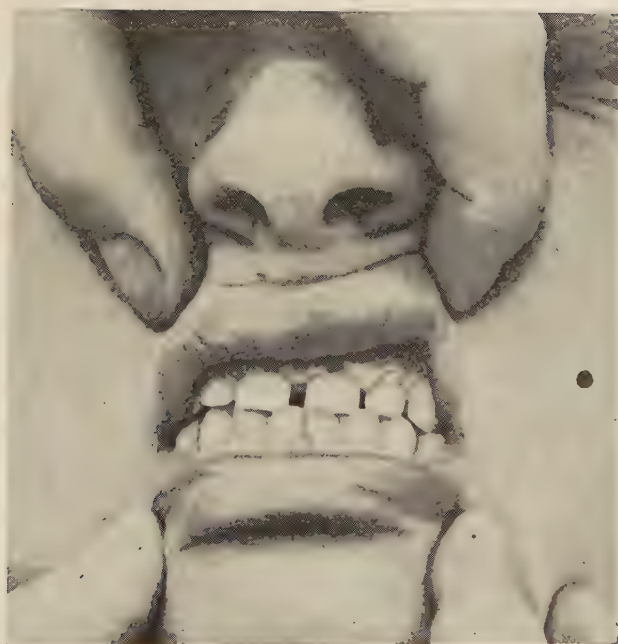
II

Normalement les incisives médianes supérieures sont accolées par leur bord interne, sinon dans la totalité de la hauteur de ce bord, du moins, dans sa partie moyenne. A leur partie inférieure, les deux dents sont séparées par un petit triangle à base inférieure.

Le professeur Gaucher a attiré l'attention sur ce fait, signalé incidemment par le professeur Fournier, que, fréquemment, chez les hérédosyphilitiques, les incisives médianes supérieures peuvent présenter un écartement plus ou moins grand.

Les bords internes des incisives médianes supérieures, au lieu d'être accolés, sont distants, délimitant, lorsqu'ils sont rectilignes un espace rectangulaire, ou un sablier, lorsqu'ils sont incurvés à leur partie moyenne. Le plus souvent l'écart est compris entre 1 et 3 millimètres. De toute façon il est visible, sa constatation ne prête à aucune équivoque. Il suffit d'un peu d'attention pour apercevoir cet écartement, lorsque le sujet parle, ou encore lorsqu'il sourit.

L'écartement peut être plus grand encore, attei-



gnant 4 et même 5 millimètres. A un examen superficiel, on peut ainsi avoir l'impression qu'il manque une dent.

Les dents ainsi écartées peuvent être disposées symétriquement par rapport au plan médian.

Assez souvent cependant cette symétrie est détruite. Lorsque, par exemple, il y a asymétrie faciale, ou simplement asymétrie de la voûte palatine, une des deux incisives médianes est plus écartée du plan médian que sa congénère.

Cette dystrophie peut, — ainsi que le montrent plusieurs exemples que nous en rapportons plus loin, — être la seule modification dentaire. C'est précisément, ainsi que l'a bien montré le professeur Gaucher, ce qui fait le grand intérêt pratique de ce stigmate. L'écartement de ces incisives médianes est alors la seule modification de ces dents. Ces dernières sont normales de forme, de dimensions, de direction et d'aspect, elles ne présentent d'anormal que ce caractère, d'être plus écartées que normalement.

Mais l'écartement peut être associé à d'autres malformations dentaires. C'est ainsi que les incisives médianes écartées peuvent de plus être plus petites que des incisives normales ; leur axe peut être dévié ; elles peuvent être striées, cannelées, ou encore déformées, irrégulières, comme si une partie avait été sectionnée. Dans certains cas même les incisives médianes écartées peuvent réaliser l'aspect tout à fait anormal décrit par Hutchinson et dont la valeur

séméiologique est, d'une manière générale, admise aujourd'hui par les syphiligraphes.

L'écartement des incisives médianes supérieures peut être également associé à des malformations d'autres dents. C'est ainsi que les incisives latérales peuvent être soit absentes, soit écartées aussi des médianes, ou qu'un écartement analogue peut exister sur les incisives médianes inférieures. On peut encore observer, à côté de l'écartement des incisives médianes, des altérations plus profondes des dents, altérations de l'émail pouvant aller jusqu'à donner l'aspect décrit par Fournier sous le nom de dent en tournevis. Enfin nous avons trouvé l'écartement combiné avec toutes les dystrophies dentaires de l'hérédo-syphilis que nous avons décrites précédemment.

Tel est l'aspect de la malformation dentaire décrite par le professeur Gaucher. Dans son enseignement nous l'avons souvent entendu insister sur l'origine hérédo-syphilitique de cette dystrophie. Nous aidant du plan de travail qu'il a tracé dans l'une de ses leçons cliniques, nous nous proposons d'exposer dans ce mémoire quelques observations qui nous ont paru particulièrement démonstratives, et qui soulignent l'intérêt de la notion nouvelle due au professeur Gaucher.

*
* * *

Un premier fait nous paraît intéressant à faire remarquer : l'écartement des incisives médianes

supérieures se rencontre chez des hérédo-syphilitiques certains, c'est-à-dire, chez des malades dont on a pu examiner les ascendants, lesquels sont des syphilitiques.

En voici quelques exemples :

OBSERVATION I

(Publiée par M. le professeur Gaucher, fiche 753 de la clinique.)

S... m'a été amenée par ses parents, le 24 mars 1903. Elle est âgée de deux mois et depuis cette époque je l'ai toujours suivie.

La mère avait contracté la syphilis par un chancre, deux ans avant la naissance de l'enfant. Elle s'était traitée irrégulièrement par des pilules et semble n'avoir eu aucun autre accident.

L'enfant est soignée à notre polyclinique depuis l'âge de deux mois et son développement s'est poursuivi régulièrement.

Je passe rapidement sur son histoire :

Je trouve noté à la date du mois de juin 1917 que l'enfant, alors âgé de quatre ans, est parfaitement développée ; elle n'a présenté jusqu'alors aucun accident de nature syphilitique ; on ne trouve, chez elle, aucune malformation, aucune dystrophie, en dehors des légères altérations *des dents de première dentition*.

Ces dents, qui ne sont ni striées, ni ponctuées, présentent quelques altérations de disposition et de forme.

Chaque demi-mâchoire porte deux incisives, une canine et deux molaires.

La mâchoire supérieure a ses deux incisives gauches implantées plus bas que celles du côté droit. Les *deux incisives médianes supérieures sont écartées l'une de l'autre*; les canines sont écartées des incisives et des molaires.

L'incisive médiane droite a son axe dirigé en bas et à gauche.

Les quatre prémolaires sont cariées. La première prémolaire supérieure gauche présente, sur sa face externe et en avant, une saillie pointue qui se continue avec une cannelure.

Les quatre canines ont le sommet atrophié. La canine supérieure gauche a son sommet tronqué et une échancrure sur le bord antérieur. Les deux incisives supérieures gauches présentent une légère échancrure à la partie libre du bord interne. Les deux incisives supérieures droites présentent, sur la face antérieure, vers l'implantation, des dépressions superficielles, mais larges.

Les dents de la mâchoire inférieure sont normales, sauf les premières molaires qui sont cariées.

L'enfant qui n'a présenté aucun accident depuis sa naissance, est atteinte, en 1911, d'une *double kératite parenchymateuse*. Cette lésion a, du reste, cédé au traitement ioduré et mercuriel poursuivi pendant les années 1911 et 1912.

Pour en revenir à la dentition, nous avons noté dans l'observation la chute des dents de lait au cours de l'année 1909. Actuellement, de la *seconde dentition*, restent à pousser les canines et les deux dernières molaires. Les dents sont de forme normale, sans atrophie, non cariées. La seule anomalie constatée est *l'écartement des incisives médianes supérieures*.

En résumé : il s'agit d'une fillette dont la mère a contracté la syphilis deux ans avant sa naissance. Traitée et constamment suivie depuis l'âge de deux mois, elle ne présente jusqu'à l'âge de huit ans aucun accident spécifique. Elle est bien développée, de bonne santé et ne porte absolument aucun des stigmates considérés comme classiques, de la syphilis héréditaire. Les dents de première dentition n'ont présenté que des altérations minimales à l'exception d'un *écartement notable des deux incisives médianes supérieures*.

Les dents de deuxième dentition sont absolument normales de forme et de position, mais les deux incisives médianes supérieures sont écartées l'une de l'autre.

Chez cette enfant, issue d'une mère syphilitique non traitée dans le cours de la deuxième année de la maladie, mais elle-même traitée dès sa naissance, *la seule dystrophie* que révélait l'examen le plus attentif était *cet écartement des incisives médianes supérieures retrouvé sur la deuxième comme sur la première dentition*. C'est seulement à l'âge de huit ans qu'apparut le premier accident d'hérédo-syphilis, une lésion tertiaire, une kératite interstitielle double.

Donc, hérédité syphilitique certaine, coïncidant avec la malformation dentaire, dont nous nous sommes proposé l'étude : l'écartement des incisives médianes supérieures.

Voici maintenant une observation due à M. le professeur Gaucher, dans laquelle nous retrouvons encore hérédité syphilitique sûre et écartement des incisives médianes :

OBSERVATION II

(De M. le professeur E. Gaucher)

« Mlle X..., âgée de vingt-trois ans, m'est amenée par son père pour une séborrhée pityriasique banale du cuir chevelu. En examinant cette jeune fille, je constate qu'elle présente un écartement très marqué des incisives médianes supérieures, sans autre dystrophie dentaire, sans prognathisme, avec une voûte palatine normale, sans aucune autre dystrophie, sans aucun autre stigmate d'hérédo-syphilis. Pendant mon examen, le père me dit en souriant :

« Vous voyez que c'est une très belle fille, comme vous me l'aviez prédit. Vous n'en avez pas le souvenir, mais je vous l'ai amenée à l'âge de trois ans, il y a vingt ans. » Le père me rappela alors qu'à cette époque, il était venu me consulter sur l'avenir de sa fille, au sujet de laquelle il était inquiet à cause de ses antécédents syphilitiques, et que je l'avais rassuré. Cette jeune fille n'a, d'ailleurs, jamais été malade. Elle est grande, bien faite, et ne présente aucune lésion viscérale, osseuse, cutanée ou muqueuse, aucun trouble nerveux.

La syphilis du père était donc connue et avouée et le point intéressant de cette observation est l'existence, chez une hérédosyphilitique certaine, d'une seule dystrophie, *l'écartement des incisives médianes supérieures.* »

L'observation qui suit montre cette coïncidence dans des conditions particulièrement frappantes :

OBSERVATION III (Inédite)

(Fiche 40.204 de la polyclinique du professeur Gaucher.)

P . . . , six ans.

Est examiné à l'occasion d'une petite indisposition. Il présente un *écartement net des incisives médianes supérieures*, de l'asymétrie faciale et un nez à la Roxelané.

L'hérédité syphilitique est ici des plus nette : le père tabétique, est soigné dans notre service.

La mère a eu dix-neuf grossesses (le petit malade est le quinzième). Les quatorze premiers sont morts peu après la naissance ou au moment même de l'accouchement, ou ont été accouchés morts avant terme.

Les quatre derniers enfants sont également morts dans les premiers jours après la naissance.

Voilà donc un enfant, syphilitique héréditaire certain, qui ne présente comme dystrophie apparente qu'un *écartement des incisives médianes supérieures*. Sur dix-neuf enfants issus de ces deux syphilitiques, dix sont donc morts en bas âge. Un seul atteint à un degré moins accentué a traversé la première enfance et n'a jamais présenté d'accidents classiques syphilitiques. Son système dentaire est même faiblement altéré et la seule modification apparente est l'*écartement des incisives médianes supérieures*. Voilà donc mise encore une fois en évidence la coïncidence entre

**l'hérédo-syphilis certaine et la dystrophie dentaire du
professeur Gaucher.**

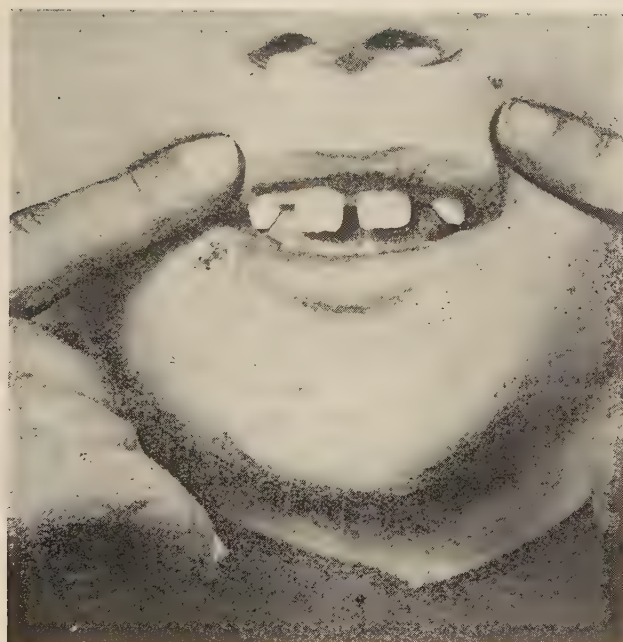
OBSERVATION IV (Inédite et personnelle.)

Ch..., six ans.

Nous est amené par sa mère, qui est syphilitique. L'enfant est bien développé et n'a jamais présenté d'accidents syphilitiques caractérisés. Les dents seules présentent des altérations très marquées. Tout d'abord, il existe un *écartement des incisives médianes supérieures*. De plus, la plupart des dents sont cannelées et crénelées. Enfin la première molaire supérieure gauche est dépourvue d'émail.

La mère de l'enfant est âgée de quarante-cinq ans. Elle s'est mariée une première fois à l'âge de vingt-trois ans. Son mari semble n'avoir jamais eu aucun accident syphilitique apparent, mais il était syphilitique. Il est mort en effet de paralysie générale et l'origine syphilitique des accidents nerveux qu'il présente fut nettement établie. Elle n'eut de lui aucun enfant, et ne fit pas de fausse-couche. Elle n'eut aucun accident cutané jusqu'à la mort de son mari.

Elle se maria une seconde fois, il y a sept ans. Son second mari n'est pas syphilitique. Redevenue enceinte, elle présente des syphilides palmaires, et la réaction de Wassermann, alors effectuée, fut complètement positive. Elle suivit un traitement spécifique, la grossesse fut normale, mais l'enfant fut infecté, comme le montre la réaction de Wassermann, complètement positive.



Voici donc un enfant, hérédo-syphilitique certain, et qui présentait de l'écartement des incisives médianes supérieures. Encore une coïncidence d'hérédité syphilitique sûre et de la dystrophie décrite par le professeur Gaucher.

OBSERVATION V

(Publiée par M. le professeur Gaucher.

Fiche n° 25,479 de la clinique)

H... est âgée de douze ans et demi. La mère a contracté la syphilis un an environ avant sa naissance et a été irrégulièrement traitée à cette époque.

H... est assez bien constituée, de bonne santé, d'intelligence normale ; mais, depuis l'âge de deux ans et demi, elle présente des crises épileptiformes, avec perte de connaissance complète, écume dans la bouche et morsure de la langue.

L'examen somatique révèle les stigmates suivants : les dents sont toutes écartées les unes des autres, *l'écartement est maximum pour les incisives médianes supérieures*. Les incisives médianes supérieures rappellent l'aspect de la dent d'Hutchinson : base étroite, angles inférieurs arrondis, bord libre, échancré, axe légèrement oblique en dedans. Les incisives latérales supérieures sont atrophiées, ressemblant à des canines. Les canines supérieures sont petites. Les molaires supérieures, au nombre de trois de chaque côté, sont à peu près normales. Les incisives inférieures sont espacées les unes des autres, petites ;

leur bord est légèrement irrégulier. Les molaires inférieures sont petites, à peu près normales. La première molaire gauche manque.

L'enfant présente en outre des cicatrices de fissures péribucales.

L'examen oculaire révèle des lésions de kératite d'ailleurs discrète, une papille optique pâle (Antonelli). La pupille gauche réagit faiblement à la lumière.

Donc : hérédité syphilitique certaine et coïncidant avec elle, l'écartement des incisives supérieures.

OBSERVATION VI (Inédite)

(Communiquée par M. Chabanier)

Mme B..., trente-trois ans, est soignée pour syphilis dans le service du Dr Legueu à l'hôpital Necker. Elle est venue consulter il y a environ deux mois sur notre demande, son mari soigné dans le service pour une affection des voies urinaires nous ayant déclaré avoir eu la syphilis il y a quinze ans, un an environ avant de se marier.

Mme B... n'a jamais présenté d'accident, ni cutané, ni muqueux. Sa santé générale est excellente. Elle aurait fait une fausse couche de sept mois, mais étant donné les circonstances dans lesquelles celle-ci s'est produite, et l'origine traumatique évidente, on pourrait discuter l'origine syphilitique de cette fausse couche. Par contre, la *réaction de Wassermann* est com-

plètement positive et refaite à divers intervalles, a toujours donné le même résultat.

Elle a deux enfants. L'aînée, une fillette de huit ans, est d'aspect chétif. Elle présente de l'*écartement des incisives médianes supérieures* (3 mm. environ); les incisives latérales manquent. Elle n'a jamais présenté d'accidents à proprement parler spécifiques. La *réaction de Wassermann* est *complètement positive*.

Le plus jeune des enfants, un garçon de cinq ans, est très bien portant et très développé. Il ne présente aucune dystrophie, ni osseuse, ni dentaire. Cependant, il est lui aussi hérédosyphilitique. La *réaction de Wassermann* est, en effet, *complètement positive*.

Voilà donc une famille de syphilitiques. Chez l'un des enfants, nous trouvons l'*écartement des incisives médianes supérieures*.

OBSERVATION VII (Inédite)

(Communiquée par M. Chabanier)

Mme N..., trente-huit ans, traitée pour une gomme syphilitique du nez, en 1916, et dont la réaction de Wassermann est faiblement positive, amène à la consultation de la Terrasse, à Necker, ses deux enfants.

L'aînée, âgée de dix ans, a des abcès froids sur divers points du corps. Elle est assez mal développée, mais ne présente pas

dē dystrophie en dehors des altérations dentaires suivantes : dents crénelées, avec cannelures profondes, sur les molaires supérieures existence d'une cuspide supplémentaire. La *réaction de Wassermann* est *complètement positive*.

La cadette, âgée de huit ans, présente une hypérostose de la face externe de la première phalange de l'index droit, hypérostose apparue il y a quinze jours environ. Son système dentaire est très altéré : d'une manière générale, les dents sont bosselées ; de plus il existe un *écartement marqué des incisives médianes supérieures et inférieures*. La *réaction de Wassermann* est *complètement positive*.

Ici encore, donc, famille de syphilitiques, dans laquelle les enfants présentent des déformations dentaires accentuées, l'une d'entre elles ayant de plus un *écartement marqué des incisives médianes supérieures*.

Les sept observations que nous venons de rapporter, présentent un grand intérêt. L'hérédité syphilitique ne saurait dans aucun de ces cas, être mise en doute. Des individus dont la syphilis a été constatée par M. le professeur Gaucher, qui avaient des accidents manifestes et indiscutables, ont procréé des enfants qui, tantôt exclusivement, tantôt concomitamment avec d'autres dystrophies dentaires ou encore d'autre nature, ont présenté la dystrophie sur laquelle M. Gaucher a, le premier, attiré l'attention.



Il n'est pas fréquent d'être favorisé à ce point par les circonstances. Dans certains cas, nous avons constaté l'écartement des incisives supérieures chez des sujets dont les parents n'avaient pu être suivis antérieurement à la naissance de l'enfant, et chez lesquels le diagnostic de syphilis ne peut être reconstitué que sur leurs propres indications le plus souvent incomplètes et par suite sujettes à caution.

Dans certains cas cependant l'existence de l'hérédo-syphilis chez l'enfant est accusée de manière formelle par la constatation d'accidents syphilitiques indiscutables, analogues par leur aspect clinique aux accidents de la syphilis acquise. Leur constatation, en l'absence de tout antécédent capable de faire penser à une syphilis acquise par l'enfant, permet de poser, sans aucune ambiguïté, le diagnostic d'hérédo-syphilis. La constatation dans ces circonstances de l'écartement des incisives médianes supérieures présente donc un réel intérêt. En voici plusieurs exemples :

OBSERVATION VIII

(MM. Gaucher, Bizard et Bralez) (1).

Une fillette de neuf ans est amenée par sa mère à la policlinique, pour une lésion de la langue dont elle se plaint depuis huit jours.

Sur la face supérieure de l'organe, à la partie moyenne, en avant du V lingual, on observe une petite tumeur ovoïde d'environ 2 centimètres de long sur un et demi de large, légèrement surélevée et très indurée ; le sommet de cette tumeur est tronqué et remplacé par une ulcération à bords taillés à pic, d'un rouge sombre au pourtour, creusée en cratère à son centre avec un fonds jaune blanchâtre, d'aspect bourbillonneux. En un mot, la lésion a l'apparence classique d'une gomme ulcérée. Il n'existe pas d'adénopathie cervicale, mais on remarque aussitôt la présence de nombreuses fissures sur les bords latéraux de la langue et un écartement très accentué des incisives médianes supérieures.

L'interrogatoire va d'ailleurs révéler des détails intéressants. L'enfant paraît avoir présenté, dix-huit mois auparavant, une double kératite interstitielle, pour laquelle elle a été traitée par deux séries de douze injections hypodermiques, vraisemblablement de sels solubles d'hydrargyre. Ce traitement a amené la guérison des troubles oculaires.

La mère, d'aspect bien portant, déclare n'avoir jamais été

1. Prof. Gaucher, Bizard et Bralez, *Gomme de la langue survenue à l'âge de neuf ans chez une syphilitique héréditaire présentant de l'écartement des incisives médianes supérieures* (Ann. des maladies vénériennes, n° 5, 1915).

malade. Elle-même appartient à une famille de 14 enfants dont deux seulement sont morts accidentellement. Son père serait mort d'un ictus à soixante-cinq ans, et sa mère, qui les a tous nourris, vit encore.

Cependant, antérieurement à la naissance de ses deux enfants, dont notre malade est la seconde, elle a eu une fausse-couche de quelques mois.

Conduite sur notre demande à la polyclinique pour être à son tour examinée, la fille aînée présente aussi des signes dystrophiques : obésité précoce, front bas, voûte palatine profonde, langue nettement fissurique. Comme sa sœur cadette elle a eu de la kératite interstitielle à l'âge de trois ans.

Le sang prélevé à chacun des trois membres de cette famille donne une réaction de Wassermann négative pour la mère et complètement positive pour les deux enfants.

Il s'agit donc bien là d'une lésion tertiaire de syphilis héréditaire et il y a tout lieu de supposer que la tare originelle est due au père seul. Malheureusement, pour des raisons spéciales, celui-ci n'a pu être examiné.

Le traitement, enfin, est venu confirmer le diagnostic. Institué avant même le résultat des prises de sang, il produisit des effets très rapides, et après 20 injections sous-cutanées profondes de benzoate d'hydrargyre, d'un demi-centigramme chacune, et vingt jours d'iode de potassium donné simultanément à la dose de 50 centigrammes par jour, la gomme de la langue était complètement cicatrisée.

En résumé donc : hérédité syphilitique certaine étant donné l'existence d'une lésion syphilitique, en l'absence de tout antécédent de syphilis, acquise, infantile. En même temps que cette

hérédité nous trouvons ici encore, l'écartement des incisives médianes supérieures.

Les deux observations qui suivent rapportent des cas analogues :

OBSERVATION IX (Inédite)

(Fiche 44.074 de la polyclinique du professeur Gaucher)

Mlle T..., dix-huit ans, vient consulter pour une *gomme syphilitique* typique de la face antéro-interne de la jambe gauche. C'est une large ulcération, arrondie, à bords nettement découpés, profonde, ayant pour fond la face antérieure du tibia épaissie à ce niveau. Cette lésion se serait développée rapidement, au dire de la malade, après un traumatisme de la région actuellement ulcérée.

La malade n'a jamais présenté d'accidents de syphilis acquise. Elle ne présente pas d'autres signes cliniques de syphilis héréditaire qu'un *écartement des incisives médianes supérieures*.

Ses deux frères sont bien portants. Son père est mort, dit-elle, de pneumonie. Une fausse couche semble indiquer l'imprégnation syphilitique de sa mère.

Voici donc une syphilitique héréditaire certaine, dont la maladie est affirmée par la gomme qu'elle présente, et chez laquelle existait l'écartement des incisives médianes supérieures.

OBSERVATION X

(Citée par M. le professeur Gaucher.

Fiche 30,316 de la Clinique)

La petite S..., âgée de six ans, vient à la consultation le 22 juillet 1913, pour une lésion de la cuisse, dont le début remonte à deux ans. Comme elle est amenée par une voisine, on ne peut avoir que fort peu de renseignements sur ses antécédents héréditaires et collatéraux. Le père et la mère vivent encore et seraient bien portants, la mère n'aurait jamais eu de fausse couche.

La petite malade a deux frères et une sœur bien portants, de sept ans, quatre ans et trois mois.

Elle est la seconde enfant; née à terme, elle n'a pas eu d'autre maladie que la rougeole en 1912.

Il y a deux ans environ, les parents remarquèrent, sur la face externe de la cuisse droite, l'existence d'un bouton, ni suppuré, ni douloureux, qui s'est progressivement étendu depuis, sans qu'elle ait jamais suivi de traitement.

On trouve actuellement, sur la face externe de la cuisse droite, au tiers moyen, un placard à contours circinés, à centre cicatrisé, fait de la réunion d'éléments papulo-squameux, dont l'ensemble est d'aspect tout à fait caractéristique.

Le placard, de forme ovale, mesure 10 centimètres de long sur 7 centimètres de large. Le centre de la lésion est cicatrisé, formant une zone de contours irréguliers, de 4 centimètres de long sur 3 centimètres de large, où la peau est fine, plissée,

d'aspect cicatriciel, mais non pigmentée ; le derme sous-jacent n'est pas infiltré.

Le reste du placard est formé d'éléments papulo ou, mieux, tuberculo-squameux, des dimensions d'une lentille, réunis par groupes de sept ou huit, dessinant le contour polycyclique de l'ensemble de la lésion. Ces éléments sont de coloration rouge violacé, recouverts de squames blanches assez larges, psoriasiformes, très saillants, très infiltrés et absolument indolents.

Depuis six semaines, sont apparues, sur l'oreille droite, des lésions actuellement ainsi caractérisées : une rougeur diffuse occupe la partie externe de la conque de l'oreille, sans épaissement épidermique avec de place en place, une petite saillie du volume d'une tête d'épingle, infiltrée, de couleur violacée. Dans le sillon rétroauriculaire, on note un peu de rougeur, quelques fissures recouvertes de croûtelles. Il existe, du même côté, une légère otorrhée, dont le début reste ignoré et qui semble la cause des lésions du pavillon de l'oreille, vraisemblablement d'origine banale.

On trouve une pléiade de petits ganglions durs, mobiles, indolents, dans les deux aines.

Le foie et la rate sont normaux. Il y a une circulation collatérale abdominale minime. Il n'y a pas de troubles digestifs. Le poumon et le cœur sont indemnes.

L'enfant est peu développé pour son âge et présente un aspect chétif. Le front est saillant, il n'existe pas d'asymétrie faciale nette. La racine du nez paraît aplatie ; d'ailleurs, les os propres du nez sont très petits ; leurs bords libres et l'épine font nettement saillie. La voûte palatine est creuse.

Les dents (dents de lait) sont assez bien conformées, quoique la plupart petites. Il n'existe ni érosion, ni malformation nota-

ble. Mais les *incisives médianes supérieures* sont *fortement écartées l'une de l'autre* : les incisives médianes et latérales inférieures sont, de même, éloignées les unes des autres.

Examen oculaire (Dr Antonelli). — Les pupilles réagissent bien. Il n'y a rien aux cornées. L'examen ophtalmoscopique est très difficile à cause du blépharo-spasme et d'une photophobie marquée. On arrive néanmoins à saisir la papille optique et à voir son aspect anormal, les bords étant flous, les vaisseaux très réduits, la couleur très pâle, presque grisâtre. En somme, il y a des stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires de syphilis héréditaire.

En résumé, syphilis héréditaire certaine, se manifestant de manière évidente par une lésion cutanée, et en même temps, présence de l'écartement des incisives médianes supérieures.

OBSERVATION XI (Inédite)

(Fiche 50.063 de la polyclinique du professeur Gaucher)

R..., onze ans.

Nous est adressée par le service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Lariboisière pour une *gomme syphilitique de la fosse nasale gauche*, dont le début remonte à un mois et demi environ.

L'enfant est sourd, il ne présente pas d'autre altération dentaire que de l'*écartement des incisives médianes supérieures*.

Il n'est pas possible d'avoir des renseignements précis concernant le père. La mère a eu deux fausses couches. Son

Wassermann est faiblement positif. Celui de l'enfant presque complètement positif.

Voilà donc un cas encore où l'écartement des incisives coïncide avec une hérédo-syphilis certaine.

* * *

Les quatre observations qui précèdent présentent toutes une lésion syphilitique, de nature tellement nette, que le diagnostic de syphilis, et plus exactement, d'hérédo-syphilis, s'imposait, mettant de suite en relief l'intérêt de l'existence de l'écartement des incisives médianes supérieures.

Voici maintenant plusieurs observations dans lesquelles le diagnostic de syphilis n'était pas absolument évident, mais s'imposait à l'examen approfondi des troubles présentés par les différents sujets. L'existence de l'hérédo-syphilis est donc dans ces cas aussi certaine que chez les sujets qui précèdent, bien qu'étant d'un diagnostic plus difficile, et nous notons chez eux la présence de la dystrophie de Gaucher.

OBSERVATION XII

(Publiée par le professeur Gaucher).

(Fiche 29.393 de la clinique)

G..., âgée de dix ans, a été amenée à l'hôpital par sa mère, le 13 mai 1913. Elle souffre, depuis quinze jours, de lésions ecthymateuses des membres inférieurs ayant débuté sans cause, sans traumatisme, au mollet gauche.

Actuellement, sur la face externe de la jambe gauche existe une ulcération creuse, des dimensions d'une pièce de 5 francs, entourée d'une zone inflammatoire périphérique. Autour de cette lésion principale, on trouve de nombreuses ulcérations plus petites, à centre accusé, laissant écouler un liquide séropurulent. La jambe droite porte des lésions analogues, moins étendues.

L'enfant présente une voûte palatine légèrement ogivale, mais surtout de l'écartement des incisives médianes supérieures.

Les incisives latérales supérieures sont petites.

La mère est bien portante, elle nie tout accident spécifique et l'enquête à ce sujet est négative. Elle a un autre enfant bien portant, elle n'a jamais eu de fausse couche,

La réaction de Wassermann, recherchée le 17 mai 1913, a donné un *résultat positif*.

Traitée par la liqueur de Van Swieten, l'enfant a présenté une amélioration rapide, suivie de guérison.

En résumé, cette fillette âgée de dix ans était atteinte de lésions d'aspect ecthymateuse, de développement récent, sur la nature desquelles on pouvait discuter. L'aspect des ulcérations était même plutôt en faveur du diagnostic d'inflammation banale.

L'examen de l'enfant ne révélait aucun des stigmates classiques de l'hérédosyphilis, toute enquête sur les antécédents personnels et héréditaires restait sans résultats. La constatation de ce seul stigmate, l'écartement des deux incisives médianes supérieures a fait suspecter à M. le professeur Gaucher l'existence de l'hérédosyphilis et la nature spécifique des ulcérations.

Avant même de connaître le résultat de la séro-réaction, il

ordonna un traitement mercuriel qui amena une guérison rapide.

La réaction de Wassermann donne d'ailleurs un résultat complètement positif.

Donc, en définitive, existence certaine d'hérédosyphilis et coïncidant avec elle, écartement des incisives médianes supérieures.

OBSERVATION XIII

(Publiée par M. le professeur Gaucher.

Fiche 27.223 de la clinique)

H..., âgée de huit ans et demi, nous est amenée par sa mère le 29 juillet 1913. Depuis *deux ans* elle présente une lésion périunguéale, avec altération de l'ongle, qui a été considérée, par les nombreux médecins qui l'ont traitée, comme un panaris unguéal récidivant. Il s'agit d'une lésion ulcéro-croûteuse du pourtour unguéal avec déformation unguéale, sans chute de l'ongle, d'aspect peu caractéristique.

Les antécédents sont peu intéressants : le père et la mère sont bien portants ; la mère n'a pas eu de fausse couche. Elle a eu quatre enfants avant la naissance de la petite malade ; ces enfants sont vivants, bien portants, mais l'un d'eux, dit la mère, a « le nez cassé » ; elle a eu, après elle, un autre enfant mort à la naissance.

La petite malade n'a jamais eu de maladie, sauf la rougeole à quatre ans. Elle est bien développée, dans un état général parfait, toujours gaie, dit sa mère. L'examen le plus attentif ne

révèle aucune dystrophie importante. Toutefois le nez est légèrement déprimé à la base et retroussé à la pointe (*nez à la Roxelane*), la voûte palatine un peu creuse, en plein cintre. Mais surtout l'examen de la bouche nous révèle un écartement très marqué (2 mm.) des incisives médianes supérieures, avec écartement des incisives médianes latérales ; il n'y a pas d'autres malformations.

La réaction de Wassermann, recherchée avec le foie d'hérédosyphilitique, a donné un résultat négatif, mais un résultat positif total avec l'antigène. Desmoulière (Desmoulière).

L'enfant a été mise au traitement et a guéri.

En résumé, dans cette observation comme dans la précédente, en présence d'une lésion de caractère douteux, un onyxis, la constatation de l'écartement des incisives médianes supérieures éveille l'idée d'hérédosyphilis et fait porter comme probable, le diagnostic de lésion spécifique, diagnostic confirmé par la réaction de Wassermann et par la guérison sous l'influence du traitement.

OBSERVATION XIV

(Publiée par M. le professeur Gaucher)

Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans qui, depuis deux mois, souffre de violents maux de tête, d'insomnies et de pertes séminales.

Il présente un peu d'asymétrie faciale, une voûte palatine profonde, et l'écartement des incisives médianes supérieures.

L'hérédo-syphilis est ici certaine : le malade a été opéré d'une double cataracte congénitale, dont on connaît l'origine syphilitique presque exclusive. Les trois sœurs du malade ont également présenté des cataractes congénitales qui ont nécessité l'intervention chirurgicale.

Ultérieurement il fut d'ailleurs possible d'obtenir du père l'aveu qu'il avait autrefois contracté la syphilis.

OBSERVATION XV

(Publiée par M. le professeur Gaucher.

Fiche 27.616 de la clinique)

M..., âgé de vingt ans, est entré à l'hôpital Saint-Louis, au mois de mars 1913, pour une parésie du membre supérieur droit, qui est apparue dans les circonstances suivantes :

Le 1^{er} janvier 1913, dans la journée, sans cause apparente, le malade perd brusquement connaissance. Il revient à lui deux heures plus tard : on constate l'existence d'une hémiplegie droite complète avec aphasie. Peu à peu, dans les jours qui suivent, le membre inférieur récupère ses fonctions ; la difficulté de la parole est un peu moindre, mais l'amélioration étant lente, le malade entre deux mois et demi plus tard à l'hôpital.

Il ne persiste de l'hémiplegie qu'une parésie du membre supérieur droit, sans parésie du membre inférieur, avec réflexe fort, signe de l'orteil en extension. Il n'y a pas de paralysie faciale. Le malade parle difficilement. Petit, peu développé pour son âge il ne paraît pas vingt ans, mais on ne trouve chez lui aucune malformation importante.

L'examen du cœur est négatif, il n'existe pas de signe de

rétrécissement mitral ni d'aucune autre affection cardiaque; le malade n'a jamais eu de maladie aiguë, ni de rhumatisme.

L'examen des dents montre un *écartement des incisives médianes supérieures*, avec microdontisme des incisives latérales. Sur l'incisive supérieure droite, existent quelques striations longitudinales.

Les antécédents sont à peu près muets : tout accident de syphilis acquise est nié, et on n'en trouve aucune trace.

Le malade ne semble avoir présenté dans son enfance aucun accident d'hérédo-syphilis, mais *jusqu'à l'âge de dix-sept ans, il fut atteint d'incontinence nocturne d'urine*.

La *réaction de Wassermann* a donné un *résultat positif*.

L'examen de l'œil a été fait par M. Antonelli, qui a trouvé des pupilles inégales, déformées, sans synéchies, ne réagissant pas à la lumière. Il n'existe aucune lésion du fond de l'œil.

Le malade fut mis à un traitement mixte ioduré et mercuriel et guérit de son hémiplégie et de son aphasie.

En l'absence de toute cardropathie, de rétrécissement mitral en particulier, l'origine hérédo-syphilitique, par artérite, de l'hémiplégie droite avec aphasie restait la plus vraisemblable. La réaction de Wassermann est venue préciser cette supposition, et en définitive nous nous trouvons en face d'un hérédo-syphilitique certain chez lequel nous trouvons encore l'écartement des incisives médianes supérieures.

OBSERVATION XVI (Inédite)

(Fiche 51.188 de la polyclinique du professeur Gaucher)

Mlle L..., seize ans.

Environ deux mois avant de venir consulter dans le service,

A. Elmudesi

la jeune malade remarqua que son avant-bras gauche augmentait de volume. Il se forma une zone de ramollissement, fluctuante. Un médecin, croyant avoir affaire à un phlegmon, l'incisa, puis constatant que l'os était atteint, envoya la malade à l'hôpital Saint-Louis pour un grattage.

Le Dr Rieffel suspectant la nature syphilitique de la lésion nous demanda un Wassermann, qui fut positif, et nous adressa la malade à fin de lui faire subir le traitement que nécessitait son état.

La région malade présentait alors l'aspect suivant : sur la face interne de l'avant-bras gauche existait un gonflement non douloureux du cubitus. A la face dorsale on voyait une petite fistule suintante, séquelle de l'incision pratiquée antérieurement.

L'enfant présente tous les signes de l'hérédosyphilis : la tête est grosse, la face aplatie. Il y a un prognathisme assez marqué de la mâchoire inférieure. La voûte palatine est ogivale. Mais ce qui est surtout intéressant, c'est l'altération de l'appareil dentaire : Les *incisives médianes supérieures* sont écartées et, de plus, se trouvent sur des plans différents. L'incisive droite est cassée et pointue. Celle de gauche est crénelée. Le reste de la dentition est assez mal implanté.

Le nez est effondré à sa base.

Les parents ne semblent pas avoir présenté de signes de syphilis acquise. La malade a une sœur plus âgée qu'elle (dix-huit ans), mal développée.

Il ne nous paraît pas douteux que la lésion constatée soit d'origine hérédosyphilitique, et cette observation présente un exemple net de la dystrophie dentaire que nous étudions.

OBSERVATION XVII

(de M. Lereboullet (1))

X..., trente-trois ans.

Entre à l'hôpital Villemin le 10 août 1915 pour fatigue générale, dépression nerveuse et céphalées fréquentes.

Sans passé pathologique important, réserve faite d'une congestion pulmonaire à vingt ans, il présente depuis près de dix ans des troubles dyspeptiques avec vomissements faciles et surtout des céphalées à prédominance nocturne.

Il accuse divers troubles névropathiques et se plaint de bourdonnements d'oreille habituels. Il n'a jamais eu la syphilis.

Or, à l'examen, on est frappé de l'écartement prononcé des incisives médianes supérieures, séparées l'une de l'autre par un espace de 4 millimètres. Les incisives sont en outre légèrement érodées sur leur bord libre. L'incisive latérale gauche est tombée et le grand degré de l'écartement des incisives médianes est peut-être en partie le fait de cette cause.

Les incisives inférieures sont bien implantées, mais leur *microdontisme* fait contraste avec le développement des incisives supérieures. Ajoutons que la voûte palatine est profonde et d'apparence ogivale. L'écartement des incisives supérieures qui constitue le symptôme le plus apparent a d'ailleurs frappé le

1. Pierre Lereboullet, *Ecartement des incisives supérieures médianes. Dystrophie hérédosyphilitique. Hérité de ce stigmate* (*Annales des maladies vénériennes*. Dixième année, n° 11, novembre 1915, p. 646).

malade qui dit qu'il s'agit là d'un *stigmate familial*. Sa mère le présente, la *sœur de sa mère* le présente également. *Un de ses frères* aurait de même les incisives supérieures écartées. Enfin sa *filles*, âgée de cinq ans, présente ce même stigmate dentaire.

Néanmoins, tant en raison de ce stigmate dystrophique qu'en raison des céphalées nocturnes du malade, nous avons cherché chez lui l'existence de la syphilis.

L'enquête clinique, à elle seule, suffit à la rendre plus que probable. Dans les antécédents familiaux du malade, on relève, que, sur six frères et sœurs, trois sont morts en bas âge de méningite, un autre guéri est actuellement atteint à la fois d'ophtalmie purulente et d'ostéite suppurée du fémur de nature inconnue mais qui remonte à l'enfance et qui a nécessité de nombreux traitements. Dans toute la famille les céphalées sont habituelles.

Le malade, en dehors des accidents névropathiques accusés dont il se plaint et des crises épileptiformes qu'il a de temps à autre, ne présente pas de signes organiques importants.

On relève toutefois chez lui un *nystagmus* léger mais appréciable des deux yeux, sur lequel le malade ne peut d'ailleurs fournir aucun renseignement. Il n'a jamais eu de maux d'yeux, mais a eu, enfant, des suppurations d'oreilles qui peut-être ne sont pas étrangères aux bourdonnements et aux troubles auditifs dont-il se plaint actuellement.

Enfin la *réaction de Wassermann* pratiquée chez lui est *faiblement, mais nettement positive* (laboratoire du Val-de-Grâce).

Sans vouloir tirer de ce fait plus de conclusions qu'il n'en comporte, il montre que la présence du stigmate dystrophique dentaire a aidé à dépister l'hérédo-syphilis.

Sans doute, ici, l'écartement des incisives est associé à l'éro-

sion semi-lunaire ébauchée du bord libre et au microdontisme des dents de la mâchoire inférieure. Mais il constitue de beaucoup le phénomène dominant. Or, l'interrogatoire et l'examen clinique établissent la très grande probabilité de l'hérédo-syphilis : frères morts en bas âge de méningite, frère atteint d'ostéite chronique et de troubles oculaires, céphalées habituelles dans la famille, présence chez le malade de troubles nerveux avec céphalées et crises épileptiformes, présence de nystagmus.

La réaction de Wassermann vient compléter cet ensemble.

Dans les observations que nous avons jusqu'à maintenant rapportées, le diagnostic de syphilis héréditaire pouvait être affirmé simplement par un examen clinique plus ou moins approfondi, tantôt par la connaissance de la syphilis des générateurs, tantôt par l'existence d'accidents syphilitiques non discutables, et qui, étant donné l'absence de tout autre accident, permettaient d'éliminer l'idée de syphilis acquise, et d'affirmer l'existence de l'hérédité syphilitique. Dans un dernier groupe de cas, enfin, c'était l'analyse de symptômes dont la nature pouvait paraître discutable, qui permettait d'affirmer leur étiologie spécifique, la réaction de Wassermann venant d'ailleurs prêter son appui au diagnostic purement clinique.

Dans les cas que nous allons maintenant exposer, l'écartement des incisives médianes supérieures est la seule dystrophie que révélait l'examen clinique le plus attentif. Dans ces différents cas, en l'absence de

tout document précis sur les parents du sujet examiné, le diagnostic d'hérédo-syphilis n'était pas possible par le simple examen du malade et il fallait recourir à la réaction de Wassermann.

Dans tous les cas où nous avons observé l'écartement des incisives médianes supérieures, en l'absence de toute autre dystrophie, la réaction de Wassermann s'est montrée positive à des degrés divers, mais cependant nettement positive.

Voici plusieurs exemples de ce dernier ordre de faits :

OBSERVATION XVIII

(Citée par M. le professeur Gaucher. Fiche 29.977
de la clinique)

Mlle G..., âgée de dix-sept ans, vient consulter à l'hôpital Saint-Louis pour de la phtiriasse du cuir chevelu. Elle est enceinte de sept mois. Elle nie toute maladie antérieure, toute éruption ; elle s'est toujours bien portée.

Elle est bien développée, de constitution robuste ; il n'existe chez elle aucune cicatrice, aucune dystrophie autre que les minimes stigmates suivants : un peu d'asymétrie faciale, une voûte palatine profonde.

Les dents sont bien conformées, sans érosion ; mais il y a un écartement très marqué des incisives médianes supérieures.

La réaction de Wassermann a donné un résultat positif atténué (Desmoulière).

Donc absence de tout accident clinique permettant de penser

à la syphilis. La malade est examinée incidemment, on lui trouve l'écartement des incisives médianes qui fait penser à l'existence d'hérédo-syphilis dont la réaction de Wassermann vient prouver l'existence.

OBSERVATION XIX

(Citée par M. le professeur Gaucher. Fiche 29.979 de la clinique)

Mlle R... vient consulter, le 12 juillet 1913, pour de l'herpès vulvaire dont le début remonte à une semaine.

C'est un herpès vulvaire typique, qui a guéri rapidement sous l'influence de pansements humides.

On ne trouve pas de cicatrices, pas de lésions bucco-pharyngées; il existe un peu d'asymétrie faciale; la voûte palatine est ogivale et irrégulière.

La première molaire gauche supérieure est implantée en dedans de l'arcade dentaire. Les autres dents sont irrégulièrement implantées; il y a un microdontisme partiel portant sur les incisives latérales supérieures et sur les incisives inférieures, et quelques érosions dentaires.

Il y a surtout un *écartement des incisives médianes supérieures* qui paraît encore plus net du fait de l'érosion du borp interne de l'incisive médiane supérieure droite.

La *réaction de Wassermann est positive* (Paris et Desmoulière).

Donc, ici encore, hérédo-syphilis certaine affirmée par la réaction de Wassermann et coïncidant avec l'écartement des incisives médianes supérieures.

OBSERVATION XX

(Publiée par M. le professeur Gaucher. Fiche 13.804
du professeur Gaucher)

Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans qui présente, comme seuls stigmates d'hérédo-syphilis, l'*écartement des incisives médianes supérieures*, un ptosis congénital et un strabisme divergent de l'œil gauche.

Les deux sœurs du malade ont le *même écartement des incisives supérieures*.

Le père est mort d'angine de poitrine. On n'a pas sur lui d'autre renseignement.

La *réaction de Wassermann* du jeune malade est *positive*.

L'hérédité syphilitique ne fait donc pas non plus de doute dans ce cas, et il est intéressant de faire remarquer qu'elle s'accuse par le même stigmatisme chez les deux autres enfants issus des mêmes ascendants.

OBSERVATION XXI

(Fiche 13.833 du professeur Gaucher)

Une fillette de douze ans, bien développée, sourde depuis son enfance, a le nez légèrement déprimé à sa base et un peu retroussé (*nez à la Roxelane*) et présente un *écartement des incisives médianes supérieures*, avec atrophie des incisives latérales, qui ressemblent à des canines.

La réaction de Wassermann est positive totale.

Quant à elle, sa mère a accouché, à sept mois, d'un enfant mort vingt-quatre heures après sa naissance et atteint de malformation cardiaque.

OBSERVATION XXII

(Publiée par M. le professeur Gaucher. Fiche 28.579
de la clinique)

N..., âgé de cinquante-quatre ans a été soigné dans le service du 26 avril au 3 août 1913 pour des lésions très étendues de tuberculose verruqueuse du pied gauche et de la cuisse, dont le début remonte à l'âge de dix-neuf ans.

A l'âge de cinquante-deux ans, le malade a subi une double orchitecdomie pour épидymite tuberculeuse (?).

Il n'y a aucun antécédent vénérien personnel connu.

Le malade ne présente aucune malformation, en dehors d'un léger écrasement de la racine du nez et d'un écartement très marqué des incisives médianes supérieures.

La réaction de Wassermann a donné un résultat positif atténué (Desmoulière).

OBSERVATION XXIII

(Publiée par M. le professeur Gaucher. Fiche 31.194
de la clinique)

Un homme de vingt-cinq ans, atteint de blennorrhagie, ne présente aucun signe de syphilis acquise.

Les incisives médianes supérieures sont écartées de six millimètres. Il a un peu de prognathisme de la mâchoire supérieure.

La réaction de Wassermann est positive atténuée.

OBSERVATION XXIV (Personnelle)

A..., neuf ans.

Enfant de santé délicate, présente de l'atrophie unguéale avec décollement d'avant en arrière:

Les dents sont très altérées : elles sont mal implantées d'une manière générale, les incisives inférieures sont crénelées. Les molaires supérieures présentent une ébauche de cuspide supplémentaire. Enfin, *les incisives médianes supérieures sont écartées.*

Il n'est pas possible d'examiner les parents, mais la *réaction de Wassermann* de l'enfant est *complètement positive.*

Voici donc encore un hérédosyphilitique, qui entr'autres altérations dentaires avait de l'écartement des incisives médianes supérieures.

OBSERVATION XXV (Personnelle)

S..., vingt-sept ans.

Est de santé assez délicate. Elle n'a jamais présenté d'accident de syphilis acquise.

Son système dentaire présente plusieurs altérations : les dents sont irrégulièrement implantées, se dirigeant en tous sens.

Aucune molaire ne possède d'émail. Enfin, *écartement assez marqué des incisives médianes supérieures*.

La réaction de Wassermann est *faiblement positive*. Il n'est pas possible d'examiner les parents de la malade. Il semble cependant permis de considérer qu'il s'agit d'une syphilitique héréditaire, chez laquelle nous trouvons comme dystrophie apparente, l'écartement des incisives médianes supérieures.

OBSERVATION XXVI (Inédite)

(Fiche 39.244 de la polyclinique du professeur Gaucher.)

Mlle B..., vingt et un ans.

Vient consulter pour un psoriasis typique ayant débuté trois mois auparavant.

Elle présente un *écartement assez marqué des incisives médianes supérieures*. Pas d'autres signes d'hérédosyphilis. Pas d'antécédent de syphilis acquise.

La réaction de Wassermann est *complètement positive*, et confirme l'idée de syphilis héréditaire suggérée par l'existence d'un écartement des incisives supérieures.

OBSERVATION XXVII (Inédite)

(Fiche 34.499 de la polyclinique du professeur Gaucher)

Mme B..., trente ans.

Vient consulter pour un prurigo simple. Elle présente de plus un *écartement considérable des incisives médianes supérieures*. Les autres dents, sont érodées, malformées, cannelées.

Aucun autre signe de syphilis héréditaire. D'après l'interrogatoire il ne semble pas qu'elle ait jamais présenté de signes de syphilis acquise.

Elle a trois sœurs et un frère, tous plus âgés qu'elle, et qui ne présenteraient aucune malformation dentaire.

La *réaction de Wassermann* de la malade est *positive*.

Cette observation est intéressante. L'écartement des incisives médianes supérieures était, en effet, la seule manifestation clinique d'une syphilis héréditaire confirmée par la réaction de Wassermann.

OBSERVATION XXVIII (Inédite)

(Fiche 43.506 de la polyclinique du professeur Gaucher)

Mlle M..., dix-huit ans.

Nous est adressée par l'hôpital Lariboisière avec demande d'examen au point de vue spécifique.

Elle ne présente aucun signe de syphilis acquise. Comme signes de syphilis héréditaire elle présente seulement de l'écartement des *incisives médianes supérieures*. Il n'est pas possible d'examiner les parents de la jeune malade, mais la *réaction de Wassermann* de cette dernière étant *complètement positive*, il nous semble permis de la considérer comme une syphilitique héréditaire.

OBSERVATION XXIX (Inédite)

(Fiche 45.591 de la polyclinique du professeur Gaucher)

L..., dix ans.

Nous est amenée pour un *lupus tuberculeux* typique, qui aurait débuté il y a quatre ans environ, à la suite d'une diphthérie.

Actuellement, il forme un placard de la dimension d'une pièce de un franc environ, très surélevé, squameux, très infiltré et dur, sans ulcérations. Pas de ganglion.

L'enfant présente de *l'écartement des incisives médianes supérieures*.

La mère est bien portante, et n'a jamais observé d'accidents syphilitiques apparents, mais son imprégnation syphilitique nous paraît indiquée par une fausse couche de cinq mois. Il est donc permis de considérer la jeune L..., comme issue d'une syphilitique, et présentant comme seule dystrophie, l'écartement des incisives médianes supérieures.

OBSERVATION XXX

(Publiée par M. le professeur Gaucher)

Mlle M..., âgée de vingt-cinq ans, est traitée à l'hôpital Saint-Louis pour les lésions suivantes :

Une adénopathie tuberculeuse, sous-maxillaire gauche, fistulisée; une tuberculose pulmonaire bilatérale, caractérisée par de l'induration pulmonaire à droite, des craquements au sommet gauche. Un eczéma sec, nummulaire des seins, des membres supérieurs et inférieurs.

Elle présente en outre les dystrophies suivantes :

Une asymétrie faciale légère; une voûte palatine creuse; une petite taille, mais une bonne conformation générale. Des altérations dentaires.

Les incisives médianes supérieures sont très écartées l'une de l'autre et des incisives latérales. Les deux incisives médianes supérieures sont bien formées; la gauche a son axe dirigé en bas et en dedans. Les incisives latérales sont petites, en forme de coins, la gauche beaucoup plus petite que la droite. Les molaires supérieures sont bien constituées, mais cariées pour la plupart; la prémolaire droite manque.

Il y a une implantation irrégulière, sans écartement des incisives médianes inférieures.

Reste une seule molaire inférieure droite cariée. *La réaction de Wassermann est négative.*

En résumé, dans le dernier groupe d'observations que nous venons de citer, nous trouvons encore l'écartement des incisives médianes supérieures chez des sujets hérédosyphilitiques, ainsi que le montre l'existence d'une réaction de Wassermann positive, en l'absence de signes de syphilis acquise.

Une seule malade fait exception, la dernière citée: sa réaction de Wassermann est complètement négative. C'est de faits de ce genre que l'on a voulu tirer argument pour nier toute valeur à l'écartement des incisives médianes supérieures, comme signe d'hérédité syphilitique. On a trouvé chez des sujets des altérations dentaires mêmes accentuées, avec une réaction de Wassermann négative, et on a conclu, de ce fait, à l'absence de syphilis. Ce mode de raisonnement nous paraît lié à une méconnaissance des indications fournies par la réaction de Wassermann. Avec M. le professeur Gaucher, nous rappel-

lerons que même dans le cas de syphilis acquise, la réaction de Wassermann peut, à la longue, devenir spontanément négative. C'est un fait d'observation courante dans les services de syphiligraphie, de rencontrer des sujets qui ont contracté la syphilis quinze ou vingt ans auparavant, qui viennent consulter pour une lésion gommeuse tertiaire, et dont la réaction de Wassermann est complètement négative. Aucun syphiligraphe ne méconnaîtra la nature syphilitique de la lésion parce que la réaction de Wassermann est négative ! Il en est de même pour l'hérédo-syphilis. Souvent chez des syphilitiques héréditaires ayant présenté, à un moment donné, des accidents gommeux, liés forcément à une syphilis alors en activité, on a signalé des réactions de Wassermann complètement négatives. Répétons-le donc encore, une réaction de Wassermann négative ne signifie nullement absence de syphilis, et tirer parti d'une réaction de Wassermann complètement négative pour refuser toute valeur aux altérations dentaires, ne saurait être justifié.

D'ailleurs dans la presque totalité des cas qui ont pu être observés dans le service du professeur Gaucher, la réaction de Wassermann a donné un résultat tantôt complètement positif, tantôt partiellement positif. Nous arrivons donc à cette constatation que la dystrophie signalée par M. le professeur Gaucher se rencontre chez des sujets dont l'hérédité syphilitique peut être prouvée et établie de manière indiscutable dans la presque totalité des cas.

*
* * *

Toutes les observations que nous venons de rapporter concernant des cas d'hérédo-syphilis directe : la syphilis transmise provient directement des générateurs. Or l'écartement des incisives, comme toutes les dystrophies, peut être héréditaire, sans nouvelle infection syphilitique : le professeur Gaucher a vu le père ou la mère, et un ou plusieurs enfants être atteints de ce vice d'implantation dentaire, et dans quelques cas il faut remonter aux grands-parents pour retrouver l'infection syphilitique initiale.

Voici quelques exemples de cet ordre de faits :

OBSERVATION. XXXI

(Citée par M.le professeur Gaucher. Fiche 25.490
de la clinique)

Mme J..., âgée de vingt-neuf ans, sans profession, a été soignée à la polyclinique, depuis le 25 juin 1912, pour des lésions de syphilis acquise : plaques muqueuses hypertrophiques vulvaires, plaques anales, syphilides acnéiformes du dos. La réaction de Wassermann est positive.

Avant de contracter la syphilis, la malade a eu deux fausses couches de trois et quatre mois. Elle a eu ensuite un garçon né à huit mois, mort à cinq mois de bronchite. Avant ces deux fausses couches, elle a eu deux enfants actuellement

vivants et bien portants. L'un d'eux, une fillette âgée de dix ans, actuellement, présente de l'écartement des incisives médianes supérieures.

La malade présente un écartement très marqué, de quatre millimètres environ, des incisives médianes supérieures, sans aucune autre dystrophie dentaire. La mère de la malade n'aurait pas eu d'autre enfant et n'aurait pas eu de fausses couches.

Cette observation est surtout intéressante par l'exagération de l'écartement des incisives médianes supérieures, un des plus marqués que M. Gaucher ait rencontré, écartement qui est chez cette malade, le seul stigmate dentaire existant. Fait intéressant de cette observation : un des enfants de la malade présente, de même qu'elle, un écartement marqué des incisives médianes supérieures.

OBSERVATION XXXII (Inédite)

(Fiche 43.460 de la polyclinique du professeur Gaucher)

Mme C..., vingt-sept ans.

Présente un panaris avec nécrose de la phalangette pour lequel elle reçoit les soins habituels.

Ses *incisives médianes supérieures* sont écartées. Il ne semble pas qu'elle ait jamais présenté d'accidents de syphilis acquise. Etant jeune fille elle aurait eu quelques troubles assez suspects pour qu'on lui ait fait un traitement spécifique. Elle ne peut préciser davantage la nature de ces troubles qui semblent devoir être attribués à l'hérédité syphilitique.

Depuis son mariage, elle a eu deux enfants qui, il est intéressant de le remarquer, présentent également de l'écartement des incisives médianes supérieures.

Donc, femme spécifique, n'ayant jamais présenté d'accidents de syphilis acquise, et dont les accidents présentés doivent être rattachés à l'hérédo-syphilis, et qui présente, comme seule dystrophie, de l'écartement des incisives médianes supérieures. Or ses deux enfants présentent la même dystrophie : voilà bien la transmission héréditaire de la dystrophie, indiquée plus haut.

OBSERVATION XXXIII (Inédite)

(Fiche 45.527 de la polyclinique du professeur Gaucher)

Mme D...

Présente de l'écartement des incisives médianes supérieures. Aucun autre signe de syphilis héréditaire. Pas davantage de signes de syphilis acquise : elle n'a jamais présenté le moindre accident, et a eu deux enfants nés à terme, mais qui, ainsi qu'on va le voir, présentent des signes évidents d'hérédité syphilitique.

Elle n'a pas eu de fausse couche. Le mari n'a jamais présenté non plus d'accident syphilitique. L'aîné des enfants, âgé de sept ans, nous est amené par sa mère pour un psoriasis guttata typique du tronc. On lui trouve de plus de l'eczéma impétigné sur les deux oreilles. Sa santé générale est bonne, mais il présente de l'asymétrie faciale avec du strabisme convergent, d'ailleurs peu marqué.

Sa jeune sœur, Yvonne, a de l'écartement des incisives mé-

dianes supérieures de la première dentition, un peu de strabisme convergent, un front bombé, et un nez à la Roxelane.

Il y a tout lieu de penser que la syphilis de la mère, qui s'est transmise de façon évidente à ses deux enfants, était d'origine héréditaire. Son mari, en effet, semble ne pas être syphilitique et elle-même n'a jamais présenté d'accidents imputables à la syphilis acquise.

Chose remarquable, la syphilis héréditaire de la mère s'est manifestée uniquement par de l'écartement des incisives médianes supérieures, et chez un de ses deux enfants nous retrouvons ce même signe.

En définitive, nous constatons la syphilis initiale chez les ascendants directs, ou chez les grands-parents, mais toujours dans les observations que nous rapportons, cette syphilis initiale, ou tout au moins, dans certains cas, la transmission de cette syphilis a pu être mise en évidence.

Cette dystrophie pourrait-elle reconnaître une autre cause que la syphilis ? Les acquisitions les plus élémentaires de la pathologie générale ne permettent assurément pas d'en douter. On sait qu'en agissant par une infection, ou par une intoxication sur le fœtus d'animaux supérieurs, le produit de la gestation peut présenter diverses dystrophies. Il n'est donc pas douteux que l'écartement des incisives médianes supérieures puisse avoir pour origine une infection ou une intoxication quelconques. Mais, comme le fait remarquer M. le professeur Gaucher, *de toutes les infections qui peuvent frapper le fœtus*

pendant la vie intra-utérine, il en est une qui, plus que les autres, est capable d'influer sur son développement sans le tuer : la syphilis. La plupart des infections aiguës tuent le fœtus, ou quand elles le laissent survivre, ont été de trop courte durée pour entraîner une dystrophie.

Si donc, théoriquement, au point de vue simplement spéculatif, il est intéressant de savoir que telle dystrophie dentaire, l'écartement des incisives médianes supérieures par exemple, peut reconnaître d'autres causes que la syphilis, il n'est pas douteux que l'étude des faits cliniques n'amène à considérer la question tout autrement.

L'étude clinique qu'a faite M. le professeur Gaucher, et les quelques observations nouvelles que nous relatons dans ce mémoire montrent que, pratiquement la cause de l'écartement des incisives médianes supérieures est la syphilis, que l'on retrouve chez les ascendants au premier ou au second degré. Cette constatation souligne l'intérêt que présente la dystrophie étudiée. Etant donné, en effet, que la syphilis est l'infection qu'en clinique on observe le plus souvent comme cause de la dystrophie dentaire signalée par le professeur Gaucher, chaque fois que l'on rencontrera l'écartement des incisives médianes supérieures, on devra rechercher avec soin s'il n'existe pas d'autres dystrophies, s'il n'y a pas eu auparavant des accidents qui puissent être attribués à la syphilis, si les parents n'ont pas fait d'accident syphilitique net, si la mère n'a pas eu de fausse

couche ; en cas d'échec de ce côté, on devra si la chose est possible poursuivre l'enquête jusqu'aux grands-parents, et enfin effectuer la réaction de Wassermann.

L'écartement des incisives médianes supérieures constitue donc un symptôme qu'il n'est pas permis de négliger. Sa constatation est simple, ne prêtant à aucune ambiguïté.

Parfois, c'est la constatation de cette dystrophie chez un collatéral, frère ou sœur du malade, indemne lui-même de tout stigmate dystrophique, qui mettra sur la voie du vrai diagnostic, comme dans l'observation suivante de M. le professeur Gaucher :

OBSERVATION XXIV

(Fiche 26.650 de la clinique)

Mlle L..., âgée de vingt-quatre ans, vient consulter le 10 octobre 1912, pour une lésion du coude droit, qui aurait débuté après une chute faite trois semaines auparavant. Il semble s'agir d'une ostéopériostite de l'olécrâne. C'est une tuméfaction qui ne s'accompagne pas de douleur à la palpation, mais de douleurs lancinantes, spontanées, intermittentes, qui ont pour siège la tumeur elle-même. D'après l'examen d'une radiographie, M. Mouchet qui nous adresse la malade, pense à une lésion analogue à ce qui a été décrit sous le nom d'*ostéite kystique*. Sur la radiographie, on voit des points clairs dans le tissu de néoformation.

La malade a, jusqu'à ce jour, joui d'une bonne santé, mais

elle présente quelques malformations : une voûte palatine profonde, des dents légèrement crénelées et barrées, du prognathisme des deux maxillaires.

Le diagnostic de la lésion du coude reste obscur ; il va être éclairé cliniquement : 1° par des stigmates d'hérédosyphilis que présentent deux sœurs de la malade qui l'ont accompagnée à l'hôpital.

2° Par les renseignements fournis par l'interrogatoire, les antécédents héréditaires et collatéraux. Il sera confirmé par la réaction de Wassermann et les heureux effets du traitement.

La sœur de la malade âgée de dix-sept ans, est bien portante, elle présente une voûte palatine profonde, du prognathisme du maxillaire inférieur, des dents barrées, petites. Dans l'enfance elle a présenté de l'incontinence d'urine et de la céphalée de croissance.

Une autre sœur de la malade âgée de quinze ans et demi, présente comme unique stigmate, un *écartement notable des incisives médianes supérieures*. Elle semble bien portante, mais a eu des crises de mal comitial.

Le père et la mère de la malade semblent jouir d'une bonne santé. Ils n'ont pu être examinés, mais l'interrogatoire apprend que la mère a eu trois fausses couches à ses premières grossesses, puis elle a eu trois enfants morts, avant l'âge de trois ans, d'affections indéterminées, puis *deux jumelles* mortes à l'âge de cinq mois, puis cinq enfants vivants encore actuellement. Notre malade est la sixième des enfants vivants. Après elle sa mère a eu cinq grossesses, deux enfants morts de méningite, trois vivants. En résumé, cette femme a eu trois fausses couches, et a eu sept enfants morts en bas âge et neuf encore vivants.

Le 14 octobre 1912, *réaction de Wassermann est positive* avec tous les antigènes utilisés (Paris et Desmoulières).

La malade est soumise au traitement mercuriel et ioduré. L'ostéite s'améliore rapidement.

Voilà donc un cas dans lequel l'idée de syphilis a été suggérée par l'existence chez un collatéral de la dystrophie que nous étudions.

*
* *

En définitive, en nous maintenant uniquement dans le domaine de la clinique, nous constatons que l'écartement des incisives médianes supérieures sur lequel a insisté le professeur Gaucher, se rencontre fréquemment chez les hérédosyphilitiques, et que le plus souvent chez un sujet présentant cette dystrophie, il est possible de mettre en évidence l'existence d'une hérédité syphilitique, soit d'après les accidents cliniques présentés, soit d'après la réaction de Wassermann, soit d'après la notion de la syphilis des ascendants, au premier degré ou au deuxième degré.

Que cette malformation puisse reconnaître pour cause une intoxication, ou une infection autre que la syphilis, la chose n'est pas douteuse. Mais ces différents facteurs étant en pratique peu fréquents, l'intérêt de la dystrophie étudiée garde toute son importance.

CONCLUSIONS

I. — De toutes les malformations dues à la syphilis héréditaire, les dystrophies dentaires sont les plus importantes : déformations, crénelures, érosions cuspidiennes ou coronaires (en particulier érosions cuspidiennes de la première grosse molaire (Gaucher)).

II. — La valeur diagnostique des dystrophies dentaires est incontestée et incontestable, la syphilis étant de toutes les infections, la seule qui agisse le plus souvent de façon continue sur le fœtus sans en déterminer la mort.

III. — Parmi ces dystrophies dentaires, il faut ranger définitivement l'écartement des incisives médianes supérieures. Ce signe peu connu permet (exception faite pour certaine race) de déceler facilement la tare héréditaire (Gaucher)

IV. — Isolée ou associée à d'autres altérations dentaires, cette nouvelle dystrophie hérédo-syphilitique se rencontre à la première ou à la deuxième génération, mais peut se perpétuer dans les générations successives, sans infection nouvelle.

V. — En présence d'un sujet qui présente de l'écartement des incisives médianes supérieures il faut songer à la syphilis héréditaire, en rechercher les autres stigmates, tenter d'en retrouver l'origine chez les ascendants, enfin effectuer la réaction de Wassermann.

Vu : le Président de la thèse,

E. GAUCHER

Vu : le Doyen

ROGER

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

- FOURNIER (A). — Syphilis héréditaire tardive.
- FOURNIER (EDMOND). — Stigmates de l'hérédo-syphilis, 1899.
- GRANCHER et COMBY. — Traité des maladies de l'Enfance, t. II, 2^e édition, 1904.
- GAUCHER. — Malformations dentaires de l'hérédo-syphilis (Annales des maladies vénériennes, septembre 1912).
- L'écartement des incisives médianes supérieures. Dystrophie hérédo-syphilitique (Annales des maladies vénériennes, novembre 1913).
- HALLOPEAU et FOUQUET. — Traité de la syphilis, 1911.
- CAPDEPONT. — Revue de Stomatologie, 1906.
- SABOURAUD (R). — Sur un signe dentaire de l'hérédo-syphilis (Presse médicale, 22 mars 1917).
- BABONNEIX et LORGNIER. — Un nouveau cas d'hérédo-syphilis nerveuse (Monde médical, septembre 1917).
- MOZER (M.) et CHENET (Ch.). — Les stigmates dentaires dans l'hérédo-syphilis. La valeur de la cinquième cuspide (Presse médicale, 20 septembre 1917).
- GAUCHER, BIZARD, BRALEZ. — Gomme de la langue survenue à l'âge de neuf ans chez une syphilitique héréditaire présentant de l'écartement des incisives médianes supérieures (Annales des maladies vénériennes, mai 1915).
- LEREBOULLET (P.). — Ecartement des incisives médianes supérieures. Dystrophie hérédo-syphilitique. Hérité de ce stigmate (Annales des maladies vénériennes, novembre 1915).

GAUCHER. — Observations d'écartement des incisives médianes supérieures comme unique dystrophie d'hérédosyphilis (Annales des maladies vénériennes, novembre 1915).

Mme SOLLIER (A). — De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés. Thèse de Paris, 1887.

GAUCHER, LACAPÈRE et HENRY BERNARD. — Bulletin de la Société de Dermatologie, 2 mai 1901.

JULLIEN. — Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1894.

GALIPPE. — Bulletin de l'Académie de médecine (Séance du 6 nov. 1917).

